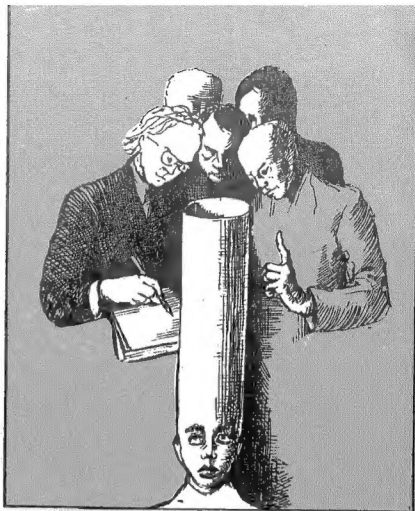


فرانسوا كلوتيه



الصحة النفسية

ترجمة

ميشال أبي فاضل



61

٥٥

المحة النفسية

جميع الوثائق محفوظة
الطبعة الأولى
1412هـ - 1992م

المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع
بيروت - الحمراء - شارع اميل اله - بناية حلام
هاتف: ٨٠٢٤٢٨ - ٨٠٢٤٠٧ - ٨٠٢٢٩٦
بيروت - الصليبية - بناية طاهر هاتف: ٣٠١٠٣٠ - ٣١١٣١٠
ص.ب: ١١٣/٦٣١١ - ٢٠٦٦٥ - ٢٠٦٨٠ - لبنان

فرانسوا كلوتيه

الصحة النفسية

ترجمة

جميل ثابت

ميشال أبي فاضل

المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع

هذا الكتاب ترجمة :

LA SANTÉ MENTALE

par le

D^r François CLOUTIER

© Presses Universitaires de France – Paris

مدخل

ينطوي تعبير «الصحة النفسية» على بعض الإلتباس . فهو يدل على حالة في الجهاز النفسي . ونحن نتحدث عن صحة نفسية جيدة وأخرى سيئة قياساً على الصحة الجسمية . لكن هذا التعبير يتناول أيضاً مجموعة النشاطات التي تهدف إلى تأمين حماية هذه الصحة ، وهي نشاطات تدخل في الإطار العام لعلم الصحة .

ويقودنا تعبير «الصحة النفسية» ، من حيث دلالاته ، على حالة في الجهاز النفسي من جهة ، وتناوله مجموعة نشاطات حماية الصحة من جهة أخرى ، إلى وضع خطة معينة لفصول هذا الكتاب . فسندرس في الباب الأول منه مفهوم الصحة النفسية محاولين تحديده وفهمه ، لنستقل في الباب الثاني بالطبع ، إلى الإهتمام بالطرائق والتقنيات المعتمدة خاتمين كلامنا بالحديث عن حركة تضم منذ حوالي خمسين سنة مفاهيم مختلفة ، وهذه الحركة هي حركة علم الصحة النفسية ، أو كما يطيب للبعض تسميتها اليوم حركة الصحة النفسية .

ولقد أثّرنا أن نعالج موضوعنا هذا معالجة عامة متبنين وجهة نظر شاملة ، غير أننا رغم ذلك لم نفلح في تجنب اتخاذ بعض المواقف . ومن البديهي القول أن مفهوماً كالذي نحن في صددده لا يمكن أن يفهم إلا من خلال نظرية للشخصية ، فيصبح من الضروري إذاً ، أن نتبنى وجهة نظر مذهب معين لا تخلو دائماً من الفرضية . وما يجب ألا يغفل عن البال

أن ممارسة علم الصحة النفسية ما زال في مرحلة التجربة ، فليس من السهل إذاً السعي لدراسته دراسة تنظيمية .

إن كتاباً كهذا يجب أن تُرسم حدوده ضمن إطار متعدد العلوم والإختصاصات ، كما يجب أن تبقى مراجعة البديهية مراجع طب نفسي ، أما أسسه فهي نفسية المنحى وتعرف من ميادين مختلفة كاختلاف علمي السلالات والأويثة . ويبدو علم الصحة النفسية نوعاً ما أشبه بعلم جديد هو علم اجتئاع الإنسان أمام مشاكل الحياة .

وأهمية هذا العلم بالغة ، فهي تُقاس بإفلاس طرائق الطب النفسي المركزة حول العلاج والاستشفاء في مواجهتها لمشكلة الأمراض النفسية الجسيمة . فليس من بلد في العالم إلا ويُعد متأخراً في معالجة هذا الصراع المتباين المنشأ . فعدد المرضى في تزايد مستمر ، ومن الوهم الاعتقاد بأنه يكفي أن نبني المستشفيات وأن نعد الإختصاصيين للتوصل إلى تدليل معضلة تفاقم بسرعة تفوق ما هو متوفر لها من وسائل علاج .

وتزيد عوامل عديدة من خطورة الموقف ، نذكر منها تكاثر السكان واكتظاظ المدن بهم ، ووطأة ظروف الحياة المعاصرة ، والبلبلية في معظم القيم التقليدية ، وكلها من عواقب التقدم العلمي والتكنولوجي ، أو ليست البلدان التي يطلق عليها «تلميحاً» البلدان النامية ، والتي تشكّل القسم الأكبر من العالم خاضعة ، في هذه الفترة من التاريخ ، لتصنيع سريع وقسري أيضاً ؟ مهما كانت الحاجة إلى هذا التصنيع ماسة فهي لا تخلو من عواقب تضرّ أحياناً بالناحية النفسية . أن العمل الوقائي يبدو وحده الحل الناجع ، وهو يتضمن مظهراً تقنياً يفرض إعداد التجهيزات الصحية الإجتماعية الملائمة ، كما يتضمن مظهراً اجتماعياً يدعو إلى اتخاذ إجراءات عامة تتعلق بتنظيم الجماعة . إن هذه الأمور جمعاء هي ما يتناوله علم الصحة النفسية .

الباب الأول

مفهوم الصحة النفسية

في البحث عن تحديد

تصعب علينا الإحاطة بمفهوم الصحة النفسية رغم توافر التحديدات ، فما من طبيب نفسي ، أو عالم نفسي إلا واقترح تحديداً لهذه الصحة . وهذه المحاولات هي في كثير من الأحيان غير مرضية . وإذا ما تساءلنا عن السبب وجدناه مرتبطاً بطبيعة المفهوم التي تفرض ، بشكل يكاد يكون متلامزماً ، حكماً تقييمياً . ويبدو أنه ليس للصحة النفسية أي معنى إلا داخل نظام اجتماعي ثقافي وعبر بعض المفاهيم في الحياة . ويرتبط ذلك أيضاً بصعوبة التوافق على معايير موضوعية خاصة بالصحة النفسية قبلها الجميع . والنتيجة أن عدداً لا يستهان به من التحديدات المقترحة يعكس على الأخص ، نظرات واضعها وليس له إلا نزر يسير من الفائدة العملية .

غير أن هذا البحث يفرض علينا أن نتخطى هذا المستوى ، وأن نحاول إعطاء أساس علمي لمفهوم شديد الإضطراب كهذا . وهنالك ، بادئ الأمر ، فائدة من تقييم المعايير التي يتواتر استعمالها بكثرة في محاولات التحديد . وعلى خطى عالمة النفس ماري جوهادا سنناقش ثلاثة معايير منها : الخلو من المرض النفسي ، والموازنة بين مفهوم الصحة النفسية ومفهوم السوي ، وردّ الصحة النفسية إلى بعض حالات العافية والرضى .

1 - التخلُّو من الأمراض النفسية

أن نحدد الصحة النفسية بضدها هو في الظاهر اختيار الحل الأكثر بساطة وبداهة . وفي الواقع أن القسم الأكبر من معلوماتنا في علم النفس يعود إلى دراسات أجريت انطلاقاً من ظاهرات مرضية . ونحن نعرف عن السلوك غير السوي أكثر مما نعرف عن السلوك السوي . وهكذا يجب أن يسهل الأمر علينا سهولة نسبية في تحديد المرض النفسي كما يسهل علينا ، من خلال هذا التحديد ضبط المفهوم الذي يشغلنا . إلا أننا نضطهد دفعةً واحدة بصعوبات جسيمة .

تتعلق الصعوبة الأولى بطبيعة علم الأمراض النفسية فإن تعبير «مرض» هو بحد ذاته مصدر غموض ، وهو يعود إلى صورة كلاسيكية في الطب ، صورة يجب أن نعلن عنها أنها لم تعد تجذ ذات التطبيقات في الطب النفسي . وأن هذه الصورة تصدر عن الطريقة التحليلية العيادية التي الحقّ لاينك [Laenneck] اسمه بها والتي يتركز بمقتضاها كل كيّان مرضي على ثلاثة معايير هي : تشابه العوارض الملاحظة ، ووحدة الجروح التحتية أو شبه وحدتها والعمليات الفيزيولوجية وتطابق العوامل المتعلقة بمبحث أسباب المرض .

ومن النادر أن نلاحظ هذه المعايير في الطب النفسي والسبب في ذلك بسيط وهو أننا نجعل الأسباب الدقيقة لعظم الأمراض النفسية . وتستند التصنيفات المتبعة ، عامة ، على التشابه في اللوحات العيادية وعلى التشابه في التطور . ونحن ، إذن ، نتكلم عن المرض في علم الأمراض النفسية تمشياً مع عادات تفكير محض طبيّة يحد المرض فيها حدوداً لامتناحية من حيث قلة الوضوح وضعف المتانة ولا يُعرف له فيها مبحث واحد إلا في حالات غير سوية ، وهو بالمقابل يستجيب لعوامل متنوعة ذات نسق جسماني أو نفسي أو اجتماعي .

ونصل إلى استنتاج مباشر هو أنه لا يوجد تصنيف للأمراض النفسية

مقبول عالمياً . وإذا كان الأطباء القليلون يتفقون في الخطوط العريضة من تشخيصاتهم فإن اختلافاتهم كثيرة وهي ترتبط من جهة بالفروقات المذهبية ومن جهة أخرى بوجود عنصر ذاتي يتدخل في تقييم العوارض ، هذا ، وأن الدلائل الموضوعية تكون مفقودة أحيانا . وهكذا يمكن لأحد المرضى أن يصنف كمنفصم الشخصية [schizophrène] في الولايات المتحدة في الوقت الذي يتلقى فيه تشخيصاً آخر في فرنسا أو إنكلترا ، وأنه لمن غير المعقول أن يكون الأمر كذلك في حالة الجدري مثلاً .

يجب أن نضيف - وهذه صعوبة ثانية - أن حق علم الأمراض النفسية قد توسع بشكل فريد ، فقد مضى وقت كانت فيه دراسة الإنسان غير السوي متشعبة ، ولم يكن من الضروري على من يتولى تشخيص الجنون أن يكون طبيباً نفسياً ، ذلك أنهم ما كانوا يتعرفون إلا على الأشكال المتطرفة لعدد محدود من الأمراض . لقد انحصر الطب النفسي نسبياً في فئة الذهانات [psychoses] لكن تطور هذا العلم بالإضافة إلى معطيات التحليل النفسي أغنيا هذه النواة التي أضيفت إليها الأعصابية [névroses] والظواهر النفسية الجسدية وكل سلسلة الاستجابات التي تذكر على مستوى السلوك .

وإذا كانت حدود علم الأمراض النفسية قد تباعدت فقد أصبحت أكثر غموضاً مما يؤدي بنا إلى تعذر التمييز الواضح بين السوي والشاذ . وقد كنا لفترة زمنية معينة نستطيع القول : إن الإنسان المريض يبدي ما يختلف عن الشخص المعافى . لكننا اليوم نعلم أن الأشياء ليست بهذه السهولة ، رغم أن هذه النظرة لا تزال تجد من يدافع عنها . إن الإصابة الطب نفسية تضخم أو تشوه ما كان سائداً قبلها . فالمسألة مسألة تدرج والإنسان يستجيب بـكلية وفقاً لنمطه الخاص ، والظواهر الطب نفسية [Psychiatriques] لا تبدو أشبه بأمراض بل أشبه باستجابات تظهر تحت تأثير عدة عوامل مسببة وتفصح عن ذاتها من خلال شخصية فرد معين . وهناك صعوبة ثالثة تنجم عن كون مفهوم المرض النفسي بالذات ،

يتبدل تبعاً للأزمة والبيئات ، وأن مبحث أعراض الإنسان المريض نفسياً يصبّ في الحلقة الاجتماعية وهو يتجلى عادة باضطرابات في السلوك . والمريض ، لا يكون منفصلاً عن عائلته وعن محيطه ، فاستجابته المرضية تتركز في مجموعة واسعة وتتأثر بالبيئة التي تستثيرها إلى حد ما .

إن هذا الموقف ، وهو موقف مقبول في ظروف معينة ، قد يبدو بوضوح مَرَضِيّاً في ظروف أخرى ، يُذكر أحياناً مثلُ الهنود الكواكيولتين [les Kwakiults] من كولومبيا البريطانية في كندا إذ تأخذ بعض تقاليدهم صفة الهذيان إذا ما قوّمت وفقاً لمعاييرنا . ويسهل الإكثار من الأمثلة عن التصرفات التي يرتبط تقييمها بأعراف اجتماعية سائدة .

إلا أنه يجب أن تتجنب الاستنتاج السريع . والخطر يكون في المزج بين العرض [Symptôme] والوظيفة [Fonction] . فالوظيفة هي التي تُورّط في حال حدوث الإصابة الطب نفسية أما العرض فليس سوى تجليها . هو الذي يتغير حسب الثقافات ، أما الكائن البشري فهو هو في كل مكان .

يبدو إذن أن مفهوم المرض العقلي هو بوجه خاص صعب التوضيح . ثم أن طبيعة العملية النفس - مَرَضِيّة واتساع ميدان الطب العقلي ونسبية المرض النفسي كما تبدو من منظار اجتماعي ثقافي ، لا تسمح جميعها أن نكون عنه فكرة واضحة ، وهكذا يبدو أن ليس باستطاعتنا المضي إلى أبعد من هذا . ويجدر بنا القول إن كل محاولة تهدف إلى تحديد مفهوم الصحة العقلية تبقى ذات قيمة نسبية إذا ما استندت على الخلط من المرض العقلي .

2 - السوي

أمّا المحاولة التي تلجأ إلى وصف مفهوم الصحة النفسية بجعله معادلاً لمفهوم الإنسان ، فهي لا تبدو أبداً مرضية أكثر من سابقتها . انها تعود بنا إلى تحديد تعبير بتعبير آخر يفرض علينا بدوره أن نحدده . ما هو

السوي ؟ نقول إنه كما كان من المتعسر إعطاء تحديد للمرض العقلي كذلك إنه لمن الصعب أن نأخذ عن السوي مفهوماً ملائماً ، والأمر بديهي لأن الواحد يبدو نافياً الآخر . في الواقع ليس الأمر سهلاً .

إن دراسة مختلف المجتمعات - وقد أتينا على التلميح إليها - تدلنا جيداً على أن ما يمكن اعتباره سوية يتغير بشكل هائل ، ولا يوجد إذن نموذج للسوي ينطبق على كل البيئات وكل الأزمنة . ويكون تساهل المجتمع - إلى حد معين - هو الذي يثبت حدوده وهي حدود متقلبة . يجب ألا ننسى أن المجتمع يكو دائماً غير متجانس وأن المعايير المتبعة تتغير من طبقة اجتماعية إلى أخرى مثلاً . وتعتبر بعض التصرفات سوية ، أي أنها ضمن القاعدة ، بالمعنى الحقيقي ، عندما تلتقي مع تجانس نسبي ، ويكون تواترها المرتبط بتقدير المحيط هو الذي يحدد معناها .

ولكن هل تستطيع هذه الناحية المحض إحصائية أن تساعدنا على ضبط تحديد الصحة النفسية عن كثب ؟ أنها تبدو غير قادرة على ذلك ، وأن تبنيها قد يرجع بنا في الواقع إلى اعتبار ما تقول به أو تفعله أكثرية الناس صحيحاً واعتبار ما يبتعد عنه غير صحيح . ويمكننا أن نكتفي بمثل واحد لكفي نوضح عدم جدوى اقتراح كهذا عندما ندفع به إلى أبعد حد . الآن أكثرية الأفراد يتزوجون يمكننا القول أن العازبين غير أسوياء ؟ طبقاً للإشتقاق نعم لأنهم يبتعدون عن قاعدة ولكن لا ينتج عن ذلك ، ضرورة ، أن هؤلاء العازبين هم على الصعيد النفسي غير أسوياء . إن محاولة كهذه لا يكون لها سوى قيمة تقريبية .

ويمكننا أن نفيس على ذلك الناحية المعيارية : فالمسألة لم تعد تكمن فقط في معرفة ما إذا كان هذا النمط السلوكي يتواجد بهذا التواتر أو ذاك بل إذا ما كان يتوافق وبعض المفاهيم الخاصة بالبيئة . إن القاعدة لم تعد محدّدة ، قطعياً ، بتوزيع رياضي ولكنها تنخرط في بعض نظم قيمة . ثم أن الكائن البشري طبع إلى حد يجعل هذه النظم تتغير كثيراً من ثقافة إلى أخرى بل قل داخل الثقافة الواحدة ؛ ويصبح ، من جراء ذلك ،

التوصل إلى تحديد مرضٍ أمراً أكثر صعوبة .

أما المتغيرات فلا تكون ذات نسق محض اجتماعي بل أنها تتركز على مستوى الفرد ذاته . وأن ما ينطبق على زيد لا ينطبق ضرورة على عمرو وتجربة الطبيب النفسي اليومية تشهد على ذلك . ويمكننا أن نتصور عدة نماذج للسوي أي عدة مظاهر يكون فيها الشخص سوياً . ونقول إنه نظراً لهذه الأسباب جميعاً لا يبدو هذا المفهوم قادراً على أن يكون المعيار الوحيد .

ومن المفيد القول أن هذه الصعوبات تصادف في الطب حيث تتوافر الأدلة الموضوعية ويسهل استعمال القياس . فطبيب الأمراض الجسدية يكتفي أحياناً ، كما يفعل طبيب الأمراض النفسية ، برّد مفهوم السوي إلى الخلو من المرض . إنه مفهوم يبقى على صعيد الممارسة كافياً لاتخاذ المواقف العلاجية التي تفرض ذاتها ، لكنه على الصعيد المذهبي عرضة للنقد .

3 - السعادة والتكيف

بعض الكتاب ، وهم ليسوا بقلائل ، يربطون الصحة النفسية بمعايير محض ذاتية . وهكذا يتكلم البعض منهم عن السعادة بينما يكتفي البعض الآخر بالتلميح إلى بعض حالات الإرتياح ، وهي نادراً ما تُوضّح . وتُعرّف هذه الحالات بأنها نتيجة لتكيف جيد مع البيئة . إن هذه المفاهيم تظهر بوضوح مقتطفة ، وقلما تبدو علمية .

يرقى مفهوم السعادة إلى الفلسفة أو إلى علم الأخلاق ؛ وإذا ما أدخلناه على علم النفس ندخل معه كل ما يحمل من غموض ونسبية . فالسؤال الأبدي : «ما هي السعادة ؟» لم يلقَ قط جواباً ولن يلقى على ما يبدو . وإنه لمن التهور - على الأقل - أن نلجأ إليه عندما نكون بصدد توضيح مفهوم شديد الصعوبة كمفهوم الصحة النفسية .

قد فرضت التحديدات التي استعانت بالخلو من المرض النفسي ، أو

بالتمثل مع السوي كما رأينا ، أحكاماً تقييمية ، وقد حاولنا أن نبين إلى أي حد تتأثر المفاهيم المتعلقة بها بالبيئة وبالبنى الاجتماعية الثقافية ، ويصبح الأمر أشد تأثراً عندما نتناول السعادة . فهنا ، بالعكس عن تينك الحاليتين ، لا نجد عناصر موضوعية يمكن الركون إليها . ويبدو واضحاً أنه يجب نبذ هذه المحاولة ، لأن مفاهيم السعادة هي مفاهيم لا أوهى ولا أكثر تبديلاً منها .

وإذا افترضنا أنه يمكننا الاتفاق على هذا التعبير - وهذا محال ، لأنه يفرض علينا تصوّر مجتمع متجانس تماماً - لا نكون بذلك قد أحرزنا تقدماً أفضل . فما الذي يتيح لنا الاعتقاد أن الصحة النفسية تساوي السعادة حتى في حال تقليص المفهوم وردّه إلى بعض الصيغ البسيطة ؟ ليس من الممكن أن يكون الشخص بشراً ويتكشف عن صحة نفسية ممتازة ؟

فالصعوبة ، هي في جزء منها ، متعلقة بعلم دلالة الألفاظ ، فكما تنقصنا الكلمات لوصف الحالات الانفعالية ، أو على الأصح ، كما أن الكلمات لا تغطي دائماً الظواهر الممكن قياسها ، يكون من الصعب التعبير عن الأفكار بوضوح . وترى الأكثرية أن السعادة تمثل نوعاً من التوازن بين الحاجات الغريزية وما تستطيع الحياة أن تقدّمه ؛ هذا مع أخذ ضغوط المجتمعات والبيئة بعين الاعتبار . لكنّ هذا يقلّص معنى السعادة ، بيد أنه قد يعطيها أيضاً قيمةً أسمى إذا اعتمدت كمعيار .

4 - محاولات تحديد

إن المعايير الثلاثة التي درسناها لا تمكننا إذاً من تحديد الصحة النفسية تحديداً ملائماً . وأن هذه اللمحة النقدية السريعة بيّنت لنا السبب الرئيسي لذلك : وهو أنها ، أي هذه المعايير ، غير دقيقة بحد ذاتها ، وتلجأ إلى مفاهيم تشارك فيها عوامل جدّ متعددة يصعب تمييز حدودها . ونرى أنفسنا ضمن هذا الاتجاه مسوقين إلى طرح هذين السؤالين :

هل أن تحديد الصحة النفسية هو حقيقة ممكن ؟ وهل من مبرر لإصرارنا على التوصل إليه ؟ كل شيء يرتبط بما ننتظره من التحديد . فإذا كنا نلح في طلب إيضاحات حول طبيعة المفهوم ذاتها فالجواب يكون أقرب إلى النفي . وإذا كنا نكتفي بتفسير عام يساعد على تحديد الإطار الذي يمكننا فيه أن نتابع دراسة متعمقة ، فالجواب يكون تأكيدياً .

ويمكننا أن نأخذ التحديد الذي أعطته عام 1948 البعثة التحضيرية للمؤتمر العالمي الثالث للصحة النفسية كمثال ، وهو يشتمل على قسمين :

(1) الصحة النفسية شرط يساعد على غو أفضل للفرد من الناحية الجسدية والذهنية والعاطفية ضمن نطاق ينسجم مع صحة الآخرين النفسية . (2) والمجتمع الصحيح هو الذي يوفر لأعضائه نمواً كهذا ، ويؤمن ، في آن معاً ، غمو الخاص وانفتاحه على المجتمعات الأخرى . ومن البديهي أن يثر تحديد كهذا الكثير من التساؤلات كما أنه من البديهي أيضاً ألا يفهم إلا إذا تحمّلنا مشقة تحديد كلماته . ولكن له على الأقل الفضل في تحديد المشكلة .

ليس ما يهمننا نحت القواعد بل تقصي المعايير التي تحوّلنا من وصف ، أو في حال تعدّد الوصف ، تحوّلنا من تحديد حالة الصحة النفسية وقد سبق أن درسنا ثلاثة من هذه المعايير التي بدت ، عند أخذها كلاً على حدة ، غير موافقة وشديدة الغموض والإتساع في آن واحد . يتوجب على محاولتنا أن تكون مختلفة عن تلك التي ذكرنا ، عليها أن تتجه ، من خلال نظرية للشخصية والسلوك ، نحو الاعتراف بمختلف الخصائص النفسية التي تعبّر ، بكل نسبتها ، عن مفهوم الصحة النفسية ، أما أن تبقى بعض خيوط الشك حول تلك الخصائص ، فأمر يجب ألا يحول دون متابعة هذه الدراسة .

وعلى هذه الدراسة أن تسير ضمن اتجاه شمولي ، فالفصل بين الجسد

والنفس ، بين الجسماني والنفسي لم يعد قائماً اليوم . وعوض أن نتصور النشاطات البدنية منفصلة عن النشاطات النفسية وأحياناً متناقضة معها يجب أن نتناولهما بطريقة متكاملة لأن الكائن الحي يوجد ككل ويفصح عن ذاته على مستويات مختلفة . يتج عن ذلك ، إنه ، لا يمكن ان نتكلم عن مفهوم قيم للصحة العقلية ، دون أن ينضوي هذا المفهوم تحت مفهوم أشمل هو مفهوم الصحة بوجه عام .

تكوّن الشخصية

يستحيل علينا ، بالإستناد إلى وضع معلوماتنا الحالي ، أن نعرض بتحليل قيم لمختلف المفاهيم المتعلقة بتكوّن الشخصية . فعلياً إذا أن نلجأ إلى الإختيار بين التفسيرات المقترحة ، وسنضع أنفسنا ضمن اتجاه خاص بالتحليل النفسي . هذا وأن النظريات الفرويدية ، مهما كانت الإنتقادات الموجهة إلى الطريقة العلاجية المنبثقة عنها ، تمثل في الواقع النظام الأكثر تماسكاً . إن هذا النظام يتلاحم بنسبة جيدة مع النظريات الموجهة نحو دراسة الوظائف الذهنية ودراسة السلوك أيضاً ؛ وقد يكون ذلك أحد الأسباب التي نتج عنها تغلغل التحليل النفسي في مختلف مدارس الفكر .

لسنا نهدف إلى عرض نظرية التحليل النفسي عرضاً شاملاً ؛ زد على ذلك أن وجهة نظرنا ، إذا ما أردنا تحديدها ، ليست بأقل من انتقائية . يهمننا أن نفهم كيف تتكوّن الشخصية . فبعد أن نعرض لخطوط نموها العريضة سنتناول بناءها كي نعود بعد ذلك إلى دراسة بعض وظائفها من خلال مفهوم العقدة والدفاعات النفسية . وسنحاول انطلائاً من هذا المثال أن نحدد أفضل معايير الصحة النفسية .

1 - المراحل المختلفة

ينحصر تكوّن الشخصية في التاريخ الطبيعي للكائن البشري ؛ وعلى

كل دراسة تتعلق بهذا الموضوع أي «تكوّن الشخصية» ألا تأخذ ، بعين الاعتبار ، نواحيه النفسية وحسب بل نواحيه التكوينية والبيولوجية والاجتماعية الثقافية التي لا تنفصل عن بعضها البعض . تلك هي العوامل التي تولّد بتلاحمها مجموعة الخصائص التي تميّز فرداً عن آخر والتي تولّد أيضاً بتفاعلها وحدانية الشخص .

إن هذا التطور يتم بالانتقال من تبعية الوليد المطلقة إلى استقلال الراشد النسبي على المستويين الجسدي والنفسي . فخلال الأشهر الستة الأولى يدخل الرضيع تدريجياً في علاقة مع البيئة ، وتتم هذه العلاقة على النمط الإنعكاسي بوجه خاص وذلك بفضل تغيّرات تحدث في التوتّر العضلي . ومن الشهر السادس وحتى السنة تتعقّد الإستجابات نسبياً ، فالحركة لديه تسمح بمعالجة الأشياء ، أمّا الإستجابات العاطفية وخاصة فيما يتعلق بالأم التي يميّزها الطفل في هذه السن عن شخص آخر ، فتتعدّد . وهكذا يصبح الطفل أكثر فأكثر إدراكاً لجسمه الخاص ، كما يبرز لديه نوع أولي من الكلام .

أما الفترة التالية أي من عمر سنة إلى ثلاثة سنوات فتمتاز بتقدم كبير . فالنمو الحركي يتسارع خاصة مع المشي : فيظهر الكلام وتكتشف معه قوّة ذهنية . ويملك طفل هذه السن مفهوماً أكثر مطابقة عن جسمه . وتتبع خلال هذه المرحلة تربية الألياف العضلية كما يتولد (خلال هذه المرحلة أيضاً) القلق وهو مرتبط بالغرائز التي تحاول أن تظهر وبالحرمان الذي يفرضه المجتمع .

وتساهم الفترة اللاحقة أي من عمر ثلاث إلى خمس سنوات في توطيد ما اكتسبه الطفل من تقدم ؛ والطفل يحاول أن يعرف الأشياء كما يكتسب الشعور بشخصيته ويبدأ بالتآلف مع الآخرين . يستمر هذا النمو حتى البلوغ والمراهقة حيث تظهر الإضطرابات المتعلقة باستقرار الجنس على نمط الراشد . ونجدد بنا الإشارة إلى أن تكوّن الشخصية لا يكتمل في هذه الفترة ، فهو يستمر مدى الحياة كلها ، ونقول أن الشخصية تتكوّن

وتتولد ما بين الولادة وبلد سن الرشد إلا أنها ، بعد ذلك ، تتأثر بعدة مؤثرات وإن تكن هيئتها قد تثبتت في خطوطها العريضة .

إن هذا الوصف السريع ، والناقص حتماً ، مقتبس عن علم النفس التكويني لأنه لا يأخذ بعين الاعتبار سوى الخصائص الرئيسية لكل من هذه المراحل المختلفة . ويحسن بنا أن نضيف إليه البعد الخاص بالتحليل النفسي . إن النظرية المسماة بنظرية الطاقة الجنسية (الليبيدو) تشدد على أهمية الجنس عند الأطفال وتقترح مخططاً لمختلف مراحل النمو النفسي الجنسي . وتتناسب هذه المراحل إلى حد كبير مع المراحل التي جئنا على وصفها . هي تتميز بوجود مناطق جسمية قادرة على توليد اللذة والساح لنشاطات غريزية بالظهور وهي تمثل أيضاً أنماطاً مختلفة من الصلة الأداة [Relation d'objet] أي عدة أساليب في إدراك الواقع . وهكذا نحن نتكلم عن مرحلة فعية ، ومرحلة شرجية ، وأخرى قضيبية ، تبعاً للعضو الذي يكون موضوع التركيز الجنسي .

تظهر عقدة أوديب خلال هذه المرحلة الأخيرة وهي تتميز باقتران تواجد حب تجاه الأم وكره للأب . ويتم تطورها ، رغم كونه يختلف عند الصبي عنه عند البنت ، بالإتجاه نحو الإقتران بالوالد الذي هو من نفس الجنس . ويكون الحل المناسب لموقف كهذا ضرورة محتمة كي يتركز الجنس السوي ويستمر تكوّن الشخصية بطريقة متناسقة . وهكذا نقول أن الإقتران يشكل الميكانيزم الأهم في عملية تكوّن الشخصية .

ويمكننا ضمن اتجاه اجتماعي ثقافي أن نضع هذا المخطط . أن تأثير كل من البيئة وتقنيات التربية على تكوّن الشخصية مؤكد ، فينتج عن ذلك أن المراتب التي سبق وصفها يمكنها أن تظهر بطريقة مختلفة . وهي دون شك تتناسب ونزعات بيولوجية وتغاير خاصة في مظاهرها . وبدلنا علم السلالات على أن عقدة أوديب لا توجد في كل المجتمعات بل إنما هاك مواقف مماثلة .

2- البنية

من الضروري أن نحدد اللاوعي قبل أن نستعرض بنية الشخصية . فهو يشمل مجموعة العمليات النفسية التي لا تبلغ مجال الوعي في الحالات الطبيعية ، ولكنها لا تقلل من التأثير في سلوكه . ونحن نتكلم اذن عن مستوى من الحياة النفسانية يتميز عن مستوى الوعي حيث الظواهر والخبرات التي نحياها ، كما نتكلم أيضاً عن مستوى وسطي بين الوعي واللاوعي هو ما قبل الوعي .

وهكذا ، يكون للجهاز النفسي ، ضمن الإتجاه الذي اعتمدناه ، ثلاث طبقات . ولا يمكن تصور هذه الطبقات على أنها أشبه بأعضاء متمايزة بل هي قوى ضمن نفسية [intrapsychiques] يتحدد بعضها بالنسبة إلى البعض الآخر . ونحن نعرف إليها بالاستناد إلى وظائفها المختلفة .

فالهو ، أو id (وبالفرنسية le ça) يتناسب والغرائز هو المستوى الأقل تمايزاً ، وهو لا واع . إنها الغرائز تنزع بطبيعتها البيولوجية نحو الإرتواء المباشر دون أن تأبه بالواقع .

والأنا أو ego (وبالفرنسية le moi) بشكل جهاز مراقبة الحياة النفسية . هو مركز العمليات المركبة والمنسقة للشخصية . فبواسطته تبني ميكانيزمات الدفاع التي ستتكلم عنها فيما بعد . أما وظيفة الأنا الأساسية فهي ضبط الواقع وهو يؤديها حين يتلاءم مع الحاجات الصادرة عن الهو ويأخذ بعين الاعتبار طبقة أخرى هي الأنا الأعلى .

أما الأنا الأعلى فيظهر خلال حل عقدة أوديب . وهو المستوى الذي يتأخر أكثر من سابقه في الظهور . فالهو يكون موجوداً منذ نقطة الإنطلاق بينما ينشأ الأنا تدريجياً خلال المراتب الأولى لتكوّن الشخصية . ويساهم ميكانزم «الإقتداء» [identification] في تكوين الأنا الأعلى الذي يجابه الغرائز ويلعب دور الرقابة .

وبالمختصر نقول أن هناك مبدأين يوجهان الإقتصاد النفسي . مبدأ اللذة الذي يريد أن تنزع الحاجات إلى الإرتواء ، ومبدأ الواقع الذي يفرض أخذ ما يوجد فعلياً في العالم بعين الاعتبار . والنفسية اللاوعية تكون من النوع الأول بينما تكون النفسية الواعية ، المعبر عنها بالآنا والآنا الأعلى أيضاً ، من النوع الثاني . ويمكننا ضمن هذا الإطار أن نتصور قيام توازن قوي بين الطبقات المختلفة .

يبقى علينا أن تشرك ميكانيزماً أساسياً هو الكبت . ويتعلق عمل الكبت بالأفكار والمشاعر التي تبدو ، لدى بروزها في صميم الحياة النفسية ، غير مقبولة من الشخصية وعلى الأخص من الآنا ، فيعمل هذا الأخير على زجها في اللاوعي . نقول إذن إن الكبت يؤدي وظيفة حماية ويساهم أيضاً في تكوين المستوى اللاوعي .

3- الصراع

يمثل الصراع ، في مفهومه الأكثر بساطة ، نزاعاً بين قوى متناقضة . ويسهل علينا أن نخلق عناصر وضعية تولد الصراع بلجوثنا إلى (التجريب . فيكفيناً مثلاً ، استعمال أجهزة خاصة لكي نحدث عند الهرّ ألاماً في وقت يشتهي فيه هذا الحيوان الأكل . ويتوصل الحيوان من جراء ازدياد المثير المؤلم ازدياداً تدريجياً إلى نقطة يصبح فيها جسمه مهتماً بحاجتين متعادلتين تقريباً من حيث الحدة وهما الجوع والحاجة إلى تجنب الألم .

والنوع الذي يهمنا من أنواع الصراع هو الصراع الضمني نفسي وهو يدور بين الهو والآنا ، وأحياناً كثيرة بالإشتراك مع الآنا الأعلى ؛ ويظهر عندما يدرك الآنا الحاجات الغريزية التابعة للهو على أنها غاطر . ويشعر الآنا بأنه مهدد بكليته من قبل نزعات غير مقبولة . ولكن لماذا يحدث هذا الموقف في وقت وليس في آخر ؟ يبدو أن هناك سببين فإما أن يكون الآنا في حالة من العجز عن المقاومة [بعد تعرضه لهزات متكررة مثلاً] وأما أن يكون هناك هييجان قوى غريزية . والميزة في ذلك هي أن أحد حدي

الصراع يكون واعياً بينما يكون الحد الآخر لا واعياً .

عندما تبدو الشخصية في حالة كهذه أي في مأزق يظهر القلق وهو بمثابة إشارة الخطر . وتتجلى هذه الظاهرة ، المعروفة جيداً ، بذلك الشعور الخاص وغير الموصوف إلا وهو الجزع [anxiété] كما تتجلى بمجموعة عوارض تورط الجهاز العصبي النباتي . فيحرك الأنا بعض الميكانيزمات النفسية الهادفة إلى إزالة الشعور المضني الذي أحدثه وجود الصراع . تعمل هذه الميكانيزمات المسماة بميكانيزمات الدفاع [mecanisme de défense] على منع الحاجات المتعارضة مع استمرارية تكامل الأنا من إحداث اضطرابات هائلة . وباستطاعتنا القول إن إحدى وظائف الأنا هي أيضاً إيجاد توازن معين بين مختلف المركبات النفسية والعالم الخارجي .

لقد سبق أن وصفنا الكبت نودج هذه الميكانيزمات إلا أنه لا يكفي دائماً أن تستبقى في اللاوعي تلك النزعات التي ترفضها الشخصية . فهي (أي تلك النزعات) ، عندما يستحيل عليها الإفصاح عن ذاتها ، تتخلق التوترات وتعود فتتجلى بطريقة غير مباشرة من خلال بعض الظواهر كالأفعال المنقوصة (المفوات الكلامية مثلاً) والأحلام ؛ كما أنها قد تتجلى تحت شكل عوارض عُصابية تمثل نوعاً من التلاؤم بين الحاجات الغريزية التابعة للهو من جهة ودفاعات الأنا من جهة ثانية . ويكون هذا الأخير قد أصبح عاجزاً عن مراقبة مقتضيات العالم الخارجي والداخلي بطريقة مجدية . فهو إذاً صبح القول يجد نفسه عاجزاً عن اللحاق بالأحداث التي تكون قد تعدته . ويتدخل الأنا الأعلى أيضاً ، ويمكننا أن نسبب إليه مشاعر الذنب [sentiments de Culpabilité] الواعية واللاوعية التي ترافق في معظم الأحيان مبحث الأعراض الطب نفسية .

ولكن هل هذا يعني أن كل العقد تكون عصابية ؟ [névrotiques] في الواقع يمكن أن يحدث تعارض بين نزعات متناقضة دون أن يكون هنالك عصاب . فالأمر كله يكون مرتبطاً بالتوازن السريع العطب والقائم بين

الطبقات النفسية كما يكون بنوع خاص مرتبطاً بقوة الأنا . وإنه لهذا السبب يظهر الصراع العصابي خاصة في السنوات الأولى من العمر أي خلال تكوّن الشخصية . إن الأنا الذي لم يكمل نضجه بعد يكون سريع العطب على الأخص ؛ ويقتضي هدف العلاج التحليل النفسي التوصل إلى حل العصاب الطفولي المسبب للأعراض عند الرجل وخلق علاقات وظيفية جديدة بين المركبات النفسية والمحيط .

4 - ميكانيزمات الدفاع

إذا كان لميكانيزمات الدفاع أهمية كبرى فذلك لأنها تشكّل أساليب في الحياة بقدر ما تشكل طرائق لفهم الواقع وضبطه . وهي تبدو أشبه بتقنيات تكون أشد أو أقل فعالية في مجابهة العالم الخارجي كما في مجابهة العالم الداخلي على حد سواء . وهي ، في هذا المعنى ، تؤثر في الشخصية تأثيراً عميقاً وتعطي السلوك طابعه المميز ، وحين تتدخل ، وسواء تدخلت منفردة أم مجتمعة كما هو الأمر في معظم الأحيان ، فإنها تحدث لا محالة تغييراً في الواقع . ويمكننا انطلاقاً من هذا المقياس أن نصنّفها في ثلاث فئات هي ميكانيزمات النفي وميكانيزمات الاستعاضة .

نبدأ بالنفي البسيط [négation simple] وهو أقل ميكانيزمات الفئة الأولى تعقيداً . فالحدث القادر على خلق المتاعب يجد نفسه منسياً نسياناً تاماً من حيث لا يدري به الشخص . والكبت الذي سبق لنا أن تحدثنا عنه يدخل ضمن هذا الإطار . ويجب ألا نخرج بين الكبت [refoulement] والحذف [suppression] ، فنحن هنا أمام ميكانيزم يفرض موقفاً واعياً .

أما التبرير [rationalisation] فيمثل محاولة لتجنب الصراع باختلاق طريقة تفسير ؛ هو نوع من الحيلة النفسية ، أما فيما يتعلق بالإسقاط فهو تقنية نعتمدها في إلصاق نواحي النقص فينا بالآخرين ؛ أنه نوع من التحرر من الشعور بالذنب بتركيز الذنب خارج الشخصية المعنية . ويتّج عن هذا الميكانيزم إلتواء في الواقع الخارجي يكون أكبر من

التبرير . ونحن نلاحظه في بعض العوارض الطب نفسية الجسيمة .

وهناك تقنية أخرى تقوم على اعتياد مواقف وسلوك تتناقض مع ما نحسه في اللاوعي . وهكذا فالعدوبة المفرطة لدى فرد من الأفراد قد تخفيء عدوانية هائلة . وتصبح هذه العدوانية ، إذا ما تعرّف إليها صاحبها ، قادرة على توليد القليل والشعور بالذنب الأمر الذي يستدعي تدخل هذا الميكانيزم . ونقول أنه عندما تتبع هذه التقنية بطريقة مألوفة فتشكل سمة من سمات الشخصية ، نتكلم عن التكوين العكسي [Formation Réactionnelle] .

أما ميكانيزمات الحرب فهي تشمل مجمل الطرائق التي نستخدمها في سبيل الفرار بعيداً عن الوضعية القادرة على توليد القلق . ونستطيع الفرار بلجوثنا إلى التخلّص ، بلجوثنا إلى الانسحاب . تلك هي حال الأطفال التعساء في المدرسة أو غير القادرين على التكيّف إذ يلجأون إلى أحلام اليقظة . وهذا ما نتوصل إليه عندما نسرف في الإستغراق بنشاطات أخرى ؛ فالبحت المفرط عن الملذات والموقف القريب من التصلّب فيما يتعلق بالعمل ، والإدمان المفرط على الكحول تشكل أمثلة على ذلك .

والتكوص [régression] هو الميكانيزم الأنموذج لهذه الفئة وهو يقوم على العودة إلى مرحلة سابقة من مراحل نمو الشخصية . وغالباً ما نصادف هذا الميكانيزم عند الولد الذي يعود إلى تصرّف طفولي عندما يفاجئه والداه . أما الموقف التقليدي الذي يسبّب هذا التصرف فيكون ناتجاً عن ولادة أخ جديد في العائلة . فهذه الولادة تسبّب صراعاً نفسياً عند الطفل البكر . ويظهر التكوص عند الراشد أيضاً ، في بعض الظروف ؛ ولكنه كثيراً ما يكون ذا قيمة مرضية وهو يلعب دوراً في انقصاص الشخصية .

ونذكر أخيراً ميكانيزمين آخرين هما التجسيد [Somatisation] والرجع التحويلي [Conversion] وكلاهما يسبّب عوارض بدنية تعبّر ، على الصعيد

الجسدي ، عن التراجع أمام الصراع . وهكذا نرى أن المرض يُستخدم كملجأ ، كما يتخذ العارض معنىً انفعالياً . وبشكل مبسّط نقول أن العملية تتم في حال التجسيد بواسطة الجهاز العصبي المستقلّ بينما هي تتم في حال الرجوع التحويلي بواسطة الجهاز العصبي المركزي والطرقي . ولهذا السبب نصادف في الواحد عوارض تسمى وظيفية (كالخفقان والإختلاج) وفي الآخر عوارض تتعلق بالحساسية أو بالجهاز الحركي (كالشلل مثلاً) . إن ميكانيزم التجسيد هو في أساس الطب النفسي جسدي ، وأن ميكانيزم الرجوع التحويلي يُصادف في الإستجابات الهستيرية .

أما في ميكانيزمات الإستعاضة فيكون الصراع مراقباً مراقبة غير مباشرة . فهو ليس منفياً كما أنه ليس بموضوع تهرب . كما هو الحال في الفشتين الأولين بل أنه منقول . وهذا ما يتم في ميكانيزم الإزاحة [déplacement] عندما يعود أحد العمال مثلاً إلى منزله وبخاصة زوجته ، فهو ينقل إليها عدوانيته التي لم يستطع تصريفها ضد رب عمله مباشرة . وغالباً ما يكون هذا الميكانيزم في منشأ التعصّب والآراء المنحازة كما يصادف في أعصبة وساوس التكرار .

ونذكر تقنية أخرى نصادفها بكثرة وهي تقنية التعويض [Compensation] فالإشبعات التي يتعذّر الحصول عليها في أحد قطاعات النشاط تصبح ممكنة في قطاع آخر . وهذا ما يحدث للطفل المصاب بعاهة جسدية عندما يعمل لكي يصبح تلميذاً صالحاً وبرز في الناحية الذهنية .

أما الإعلاء [Sublimation] وهو ميكانيزم مشابه ، فيلعب دوراً إيجابياً في حل الصراع ؛ وهو في منشأ عدد لا يستهان به من النشاطات المشروعة . فبواسطته تتجه الغرائز نحو أهداف مقبولة . ونجد أنفسنا أمام ما هو أكثر من استعاضة بسيطة كما هو الحال في التعويض بالإعلاء نرى الشخص يتنازل عن نماذج من الهبات وذلك في سبيل الحصول على ارتياح يكون أكثر تكيّفاً على الصعيد الإجتماعي . العدوانية تستطيع أن

تؤدي إلى أسوأ الانحرافات لكنها ، في حال مراقبتها وتوجيهها وتحويلها ، تصبح خلّاقة .

إن هذه الميكانيزمات جميعاً تتركّز على حدود السّوي والمعتلّ فبعضها يكون مرضياً ، بشكل ملحوظ ، إلّا أن معظمها لا يتخذ هذه الصفة إلّا في بعض الظروف . فعندما يتكرر استعمالها بطريقة مسرفة ومهيمنة ، وعندما تكون مصحوبة بتحريف للواقع الخارجي أو عندما تبلبل بشكل جذري العلاقة بالآخرين ، تصبح غير شافية . ويجب ألا يغفل عن البال أن وظيفة هذه الميكانيزمات هي حماية الأنا ضد النزعات غير المقبولة ؛ بيد أنها لا تؤمن أبداً الحماية التامة . وهذه الحماية تكون باهظة بالنسبة للشخصية بمعنى أن عملها الأفضل يوشك أن يتضاءل من جراء ذلك .

ظروف الصحة النفسية

ما هي العوامل التي تؤمن الصحة العقلية وتساعد على ظهورها وبقائها ؟ لو كان بإمكاننا أن نجيب عن هذا السؤال إجابة ملائمة لكننا خطونا خطوة كبيرة نحو إدراك هذا المفهوم ولسوء الحظ أن تلك الشروط لم تتضح بعد اتضحاً كافياً ، ولا يمكننا أن نكون فكرة عنها إلا بطريقة غير مباشرة .

ولئن تعددت الدراسات التي تتناول دور المحيط في توليد الإضطرابات العقلية فليس هنالك من دراسات تتناول العوامل المسؤولة عن الصحة النفسية الجيدة . وهنا أيضاً نرى أن الإنعطاف بواسطة الأمراض العقلية يفرض نفسه . تلك هي دون شك بقايا تاريخية من فلسفتنا في المرض والصحة . وسنحاول ، ضمن هذا الإنجاء ، أن نتمسك بدراسة المحيط من نواحيه الطبيعية والاجتماعية الأمر الذي سيقدنا إلى الإهتمام بالعائلة وبعملية التأهل وبالآزمات الحياتية .

1 - المحيط

انه لمن الخطأ أن ندرس المحيط على أنه واقع منفصل عن الشخص الغائص فيه . فالإنسان ليس غريباً عما يحيط به وهو لا يتلقى الأحداث بل يشترك فيها ؛ وبكلمة أخرى نقول إن العلاقات التي يبينها مع بيئته الطبيعية لا تتم تبعاً لنمط سببية مباشرة . هي تقوم على تفاعلات مستديمة

وتبادلات ثابتة . وهذه التبادلات ليست آلية كما انها ليست جامدة مقولبة ولا يمكن ارجاعها إلى قواعد ذات نسق منطقي . انها تورط الشخص بـكلية ، وتفرض عليه ، كما تفرض على شخصيته الخاصة ، الإلتزام .

فالموقف أياً كان ، يبقى دون معنى حتى يُعاش . ونتيجة لذلك نقول إن الحدث يكون غير متلون ولكنه يأخذ معناه بالنسبة لشخص فرد بقدر ما يلاقي من صدى أو بقدر ما ينخرط في التاريخ الشخصي . وهكذا يظهر المحيط أشبه بشبكة واسعة من التأثيرات المتفاعلة بعضاً مع بعض .

فما هو التأثير المتبادل لكل من المحيط والوراثة بالاضافة إلى البنية أيضاً ؟ انه لمسألة واسعة جداً ، وهذا ما يجعلنا عاجزين عن التوسع بها بما يتعدى التلميح . في الواقع إن هذه المسألة تدخلنا في صميم جدال قسم العالم الطب نفسي خلال أجيال ، ولا زلنا لغاية اليوم نجد آثاره في الفكر المعاصر . ان الأمر يتعلق بمنشأ الأمراض العقلية التي كان يعتبرها العضوانيون [organistes] ذات طبيعة جسدية بينما يعتبرها علماء النفس التكويني ذات طبيعة سيكولوجية .

ويمكننا ، تبعاً للمواقف الأساسية المتخذة ، ان نختار من بين الأعمال المتعددة والمخصصة لهذا السؤال ، تلك التي تبدو مؤيدة لقضية أكثر من الأخرى . وما من شك في أن التقدم الذي أحرزه علم الوراثة قد أثبت أهمية العوامل التكوينية : وان انطلاقة الابحاث الاجتماعية في تطبيقها على علم النفس قد بينت من جهة أخرى ، وبشكل واضح ، التأثيرات الاجتماعية الثقافية . وهكذا فإن مرضاً كالـ [Schizophrénie] قد يتميز في بعض أشكاله الاكلينيكية بمبحث تكويني لميكانيزمات الأسباب المرضية ؛ أما في أشكاله الأخرى فيبدو تفوق العوامل النفسية وتدخل المحيط غير قابلين للنقاش .

ونتساءل هل هناك أية فائدة ترجى حقاً من محاولتنا الفصل بدقة بين هاتين الفئتين من العوامل ؟ يمكننا أن نشك بذلك ، خاصةً وأنا وضعنا

أنفسنا ضمن إتجاه رخر عندما رفضنا القبول بشئانية ينتج عنها فصل النفسي عن الجسدي . هذا وان هذا الموقف الشائع اليوم لا يُرد إلى حل يكون أهون الحلول ولكنه يطابق مفهوماً هالياً للظاهرة الإنسانية . وهكذا يكون للمرض العقلي أسباب جسمية ونفسية وثقافية في آن معاً دون أن يكون هنالك مجال لتحديد نسبة كل منها تحديداً ثابتاً . وعلى العكس يمكننا الاعتقاد أن الصحة العقلية ترتبط بهذه العوامل جميعاً وهذا لا يعني أن قياس أهميتها النسبية غير مهم بل انه من المفيد جداً أن نعرف النقطة التي ستهارس عليها الوقاية . ومن المؤكد أن الأبحاث في هذا الميدان تفرض نفسها لكنها يجب ألا تكون نابعة عن مفاهيم مذهبية قد تحقّفها .

من الأوفق أن نفصل بين البيئة الصيغية والبيئة الإنسانية رغم ما يحويه هذا الفصل من التكلف . وتردّ . البيئة الطبيعية إلى العالم المادي حيث نحيا . أما البيئة الإنسانية فهي التي تكون مسؤولة إلى حد بعيد عن نمونا العاطفي بفضل العلاقات التي تتوالد ما بين الأشخاص ؛ كما انها ذات نواح اجتماعية مشتركة مع معظم المجتمعات ونواح ثقافية تكون أكثر «تمايزاً» . أما تأثير عوامل البيئة الطبيعية فلا يتم إلا بطريقة غير مباشرة ؛ ويكون ملائماً أو غير ملائم بقدر ما يورط البنى الاجتماعية وبقدر ما يورط الفرد من خلال هذه البنى . ولا يمكننا ان ننكر دور العوامل المادية ؛ ويبدو بوضوح أن الصحة العقلية تتوفر بالعناية الصحية والتغذية الملائمة والسكن المريح . ونستخلص من ذلك ان الفقر المدقع لا يشكل ظرفاً مثالياً مناسباً . وكما ان نمو الثبته يصلح أو يسوء تبعاً لنوعية التربية كذلك فإن الشخصية تتفتح بشكل سليم أو رديء تبعاً للبيئات . وهكذا فإن الصحة الجسدية الجيدة تكون بالتأكيد عاملاً مساعداً لكن العكس غير صحيح .

على المحيط الجيد ان يوفر إمكانات حكيمة للتربية واللهو وعليه في نفس الوقت أن يسهل قيام علاقات بين الأشخاص . وقد اثبتت

التجارب الحديثة أن الانعزال التام عن المثيرات الحسية يؤدي إلى ظاهرات نفسية لا تلبث أن تصبح مرضية . هذا ويصعب علينا ان نحصل دائماً على تقييم دقيق لأهمية العوامل الاجتماعية . وأن أي حدث ، يكون قادراً على أداء دور معين وذلك تبعاً للطريقة التي يعيشه بها الفرد أو الجماعة ، وتبعاً لدرجة الاضطراب التي يدخلها في الدينامية الاجتماعية . تلك هي حال الحروب والثورات والأزمات الاقتصادية والخلافات الاجتماعية والكوارث على أنواعها . ويجب أن نذكر أيضاً أهمية التغيرات السريعة والاضطرابات النفسية التي تميز عصرنا ؛ كما يحذر بنا أن نقول في هذا الصدد أن الصحة هي مفهوم فردي لا اجتماعي .

2 - العائلة

البيئة الإنسانية هي أولاً وقبل كل شيء العائلة . ففي صميمها تُنسج العلاقات الانفعالية الأساسية : وبواسطتها تتشكل الشخصية خلال السنوات الأولى من الحياة ويفضلها ينشط الطفل نحو النضج . انها هي التي تؤمن الاستمرار بين جيل وآخر ، كما أن التقاليد والنظم والقيم تستديم بواسطتها . العائلة إذن تؤدي وظيفة مضاعفة ووظيفة إعداد ووظيفة نقل .

أن الجماعة العائلية تكون أشبه بقلب يتفاعل فيه الأعضاء بعضاً مع بعض ؛ فتتسأ علاقات متبادلة بين أب ، وأم وأولاد . وتتغير هذه العلاقات باستمرار . وهكذا يتولد توازن ديناميكي يجد فيه ، مبدئياً ، كل فرد حصته . ان كل العوامل المسؤولة عن نمو الشخصية تدور هنا في هذه الحلقة .

أهم هذه العوامل كما رأينا هو ميكانيزم الاقتداء . أنه حقاً تحرك عملية النضج ولكن على الولد أن يجد في بيئته نماذج مرضية وجوؤاً مؤاتياً ويميل البعض عادة إلى التشديد خاصة على دور الأم مع تقليص دور الأب .

ورغم ذلك يكون لهذا الأخير أهمية كبيرة وأن كانت وظيفته مغايرة . ويتدخل الأطفال الباقيون في معادلات القوى . والأمر الذي يجب ألا يغفل عن البال هو أن العائلة لا تتكوّن من وحدات تضاف بعضاً إلى بعض بل أنها واقع متحرك ذو صيرورة مستديرة .

للطفل حاجات ؛ وانطلاقاً من حاجاته يمكننا ان نحدد مسؤولية الأهل تحديداً أصح . وأن هذه الحاجات تكون أولاً جسدية ؛ فالنمو النفسي الحركي لا يتفصل عن نضج الجهاز العصبي . ومن الضروري أن نأخذ ذلك بعين الاعتبار خلال ممارستنا للتدريب والتربية . فالعظام والمشي والتحكم بالألياف العضلية يجب أن تتم جميعها في الوقت المناسب أي دون إفراط في التبكير أو التأخير . وتكون البيئة غير الملائمة خطيرة بنوع اخصّ خلال فترة النماء .

أما الحاجات العاطفية فتتبع في تطورها خطأ موازياً وهي تختصر بكلمتين تشملان كل مواقف الأهل انها الحب والطمأنينة . كما انها تفرض وجود علاقات حميمة بين الأهل انها الحب والطمأنينة . كما انها ما يبدو ، إلا البيئة العائلية وحدها . فالأم خاصة ، تضطلع في السنوات اولى بمسؤوليات بليغة الأثر وذلك بحكم وظائفها البيولوجية وبحكم دورها الاجتماعي كمرضع . وإن أحد العناصر الأساسية للعلاقة بين الأم والطفل هو الاستمرار إذ ليس من الضروري ان تعنى الأم بطفلها وحسب بل ان تعنى به بطريقة منظمة ومتواصلة ؛ كما يجب عليها ان تجد في ذلك مكافآت تساعد على متابعة أداء دورها بطريقة تولد لديها الرضى والارتياح .

منذ عدة سنوات قام الطبيب العقلي الانكليزي ج . بولبي [J . Bowlby] بدراسة وصفية لمجموعة من العوارض . وكانت هذه الدراسة مؤهلة لأن تحظى بشهرة واسعة . اما تلك العوارض فقد كانت عوارض النقص في عناية الأم . وقد بين بولبي انه ، عندما يكون الطفل

مفصلاً عن امه لفترات طويلة ، أو عندما تكون هذه الأخيرة عاجزة عن ان تحيطه بالعطف الضروري ، فإن اضطرابات اشد أو أقل خطورة تحدث على مستوى الصحة العقلية وحتى على مستوى الصحة الجسدية .

وكانت بعض الملاحظات قد أكدت صحة هذه الظاهرة ، كما لوحظ منذ زمن طويل ان الأطفال في دور الحضانة والمياتم ينمون بصورة غير سليمة نسبياً . ويكمن فضل بولي وقد كانت أعماله موضع انتقادات متعددة ، في انه نظم المسألة واسترعى الانتباه الى التفاعلات المتبادلة بين أم وطفل .

وتكون هذه التفاعلات المتبادلة على عدة أنماط أخرى ؛ وأن مواقف الأهل لا تنفصل عن شخصيتهم الخاصة كما لا تنفصل أيضاً عن خبراتهم السابقة . وستتناول بعدة كلمات نوعي الاستجابات اللذين يصادفان بوفرة ويكونان قابلين لأن يصبحوا مولدين للأمراض انهما الحماية المفرطة [Surprotection] والرفض [rejet] . ويصح الكلام عن الحماية المفرطة عندما يكون الطفل موضع إظهار حب مفرط يمنعه كلياً عن مجابهة الحياة . ويصح الكلام عن الرفض عندما لا تتبنى الأم طفلها بشكل صحيح أو عندما لا تتبناه إطلاقاً . وهذان الموقفان هما أيضاً متقاربان ؛ فالحماية المفرطة تحمي أحياناً رفضاً لاواعياً يحولّه الشعور بالذنب إلى نقيضه وذلك تبعاً للميكانيزم الذي تكلمنا عنه ؛ كما يمكنها أيضاً ان تتناسب مع «إزاحة عاطفة» [déplacement d'affection] مثلاً عند امرأة تعاني الحرمان [frustration] في حياتها الزوجية . ومن الواضح اذن أن مواقف الأهل الصحيحة تفترض لديهم مستوى كافياً من النضج .

تبقى العائلة بالرغم من التواءاتها الوحدة الأساسية . ونستنتج ان كل ما يبلبل بنيتها قد يكون له انعكاسات على تكون الشخصية . وقد تكون الجماعة العائلية معدومة الفعالية بسبب فقر مدقع أو عجز متواصل عند أحد الشريكين أو قصور عقلي أو نفسي مثلاً . ويمكنها ان تنفك أيضاً أثر

وفاة أو أثر افتراق يسري (استشفاء أو حرب) أو أثر افتراق إرادي أو طلاق .

لقد بقيت البنية العائلية ثابتة نسبياً طوال أجيال ولم تتطور إلا قليلاً . لكن تبدلات العالم المعاصر السريعة أدت إلى اضطرابات راحت تبرز متضحة أمكثراً فأكثر . إننا نعيش في عصر تحوّل البنى الاجتماعية . فقد شمل التحول كل المؤسسات بما فيها العائلة كما كنا نعرفها . وهذا عامل آخر يجب ان نأخذ به عين الاعتبار وأن لم يكن باستطاعتنا ان نقيس نتائجه كلها .

تكلمنا لغاية الآن عن العائلة كما لو كان لها نموذجاً واحداً ، فهناك ، إلى جنب العائلة المقتصرة على الأهل والأطفال والمسماة بالعائلة الزوجية ، [Famille Conjugale] عائلة ذات نمط أبوي [Patriarcal] وهي تتألف من عدة أجيال تتحد في مركّب واحد من العلاقات الإنسانية . وكان من التقليدي القول أن العائلة الزوجية كانت في البلدان الغربية وخاصة في البيئات المتحضرة بينما كانت العائلة الأبوية من حصة العالم الشرقي . أن هذا التمييز وقد كان يصح حتى زمن قريب ربما ، بدأ يفقد صحته تدريجياً . ويبدو ان تطور البنية العائلية يساير انطلاقة التصنيع الذي يواكب التغيرات الاجتماعية . ثم ان العائلة الأبوية تتبدل بشكل هائل حتى تتحول في كثير من الأحيان إلى عائلة زوجية . وبهذا نكون قد برّرنا اختيارنا إذن .

3 - التأهل

على الرغم من دورها الرئيسي فإن العائلة لا تتفرد بالتدخل في تكوين الشخصية ذلك لأنها لا تكون منعزلة بل انها تمتد في المجتمع . وهكذا يضاف إلى الجماعة الأساسية جماعات متعددة أخرى تتزايد أكثر فأكثر . والحق يقال ان المجتمع يتكون من جماعات ذات أحجام متنوعة تتلاحم بعضها مع بعض ضمن شبكة واسعة من العلاقات المتبادلة .

العلاقات التي تنشأ ما بين أفراد العائلة بالغة الأهمية ؛ لكن يجب ألا نهمل تأثير العلاقات مع الغير كما تظهر خارج إطار العائلة . ونعلم بالتالي ان الشخصية تبقى طوال الحياة خاضعة للتغير وانها بعد المراهنة لا تثبت بصورة نهائية . . ومن المدهش القول إنه لا يطرأ عليها الكثير من التعديلات وذلك لأنها تشكل مع المحيط توازناً ديناميكياً . وبالتالي غير مستقر نسبياً .

تساعدنا هذه الملاحظات على أن نذكر عملية التأهل ونحددها تحديداً أفضل . وأن هذه العملية تبدأ في العائلة وتستمر بفضل العلاقات التي تنشأ في المجتمع . وقد رأينا كيف أن التقمص يشكل إحدى المراحل الأساسية من تاريخ الفرد النفس - جنسي . إن هذا الميكانيزم عينة يلعب دوراً في تعلم الحياة . وتظهر عدة ميكانيزمات تقمص تكون معقدة أكثر فأكثر .

فكما أن الطفل يتقمص شخصية والديه أولاً كذلك هو يختار له نماذج من المحيط . ومن خلال تلك النماذج يدمج الطفل في شخصيته الخاصة نظم المجتمع وقيمه . وتحتل هذه النماذج أشخاصاً ذوي أهمية بالغة بالنسبة إليه . ويكون لنوعية هؤلاء الأشخاص ، كما يكون لقوة التقمص ، تأثيراً لا يستهان به على تكامل الشخصية وعلى الصحة العقلية . ونخلص إلى القول : أن التقمص ليس ذا وظيفة واحدة هي التوصل إلى تكوين الأنا والأنا الأعلى وحسب ، بل أنه يحدد نماذج سلوك تكون أساليب لفهم الواقع وضبط . وبهذا المعنى يشكل ميكانيزم التقمص أحد أسس البنية الاجتماعية .

هنالك مفهومان مأخوذان عن علم النفس المعاصر يساعداننا على تعميق معرفتنا حول عملية التأهل . وهذان المفهومان هما مفهوم الأنا المثالي (Moi idéal) ومفهوم الدور [rôle] . أما الأنا المثالي فهو الأنا المبتغى . انه إسقاط [projection] أعد انطلاقة من صفات النماذج التي يعجب بها الفرد . والأنا المثالي ذو صلة بحاجات الفرد الواعية كما أنه أيضاً وعلى

الأخص ذو صلة بحاجاته اللاواعية . ويتبع ذلك أن الأنا المثالي يكون وثيق الصلة بميكانيزم التقمص . هو يمثل من هذا الميكانيزم وعي الشخص له . هذا وأن الأنا المثالي يشكل عاملاً إيجابياً في عملية التعلم . إنه واحد من العناصر التي تساعد الطفل على اكتساب السلوك الاجتماعي . وعلى تبني المواقف التي تتفق مع بيئته وثقافته . لكنه يوشك أن يكون مبعث توتر وعدم ارتياح بمعنى أن منشأ الكثير من أنواع الصراع هو ذلك الفرق الشاسع بين الإمكانيات الفعلية من جهة والرغبات أو الأمناني التي يجسدها الأنا المثالي .

أما مفهوم الدور فيفهم بالنسبة إلى الجماعات . نقول أن علاقات الأشخاص فيما بينهم تخضع لانتظام نسبي قد يجعلنا قادرين ، إلى حد ما ، على التنبؤ بالتصرفات الاجتماعية . فهي تتناسب مع بعض نماذج تثبيتها التقاليد والعادات . وللدور باديء ذي بدء وظيفة فردية . وليست الحياة سوى تتابع أدوار يضطلع بها الفرد: بشكل متتابع أو في آن معاً . هذا ، وللدور وظيفة اجتماعية بمعنى أنه يضيف على العلاقات بين الأشخاص صفة الثبات . فنحن ننتظر مثلاً من هذا الطبيب أن يتصرف حسب هذه الطريقة أو تلك وذلك انطلاقاً من هذا المعيار أو ذاك . أنه دور مهني . وتعدد الأدوار لتغطي مختلف نشاطات المجتمع .

ولكي يُعاش الدور بطريقة فعالة يجب أن يكون متصلاً بحاجات الفرد العميقة . يجب أن يتناسب مع مجموعة نفسية معينة أي مع مجموعة من الصفات والمواهب التي تربطه بالواقع . ونظراً لأنه يتوجب على كل فرد منا أن يضطلع بعدة أدوار ، يجب أن يكون هناك اتفاق وتوازن بين مختلف أساليب الحياة . ولكن لسوء الحظ أن تلك الشروط لا تتوافر دائماً وتكون مبعثاً للصراع . فعند هذه الأم التي لم تنضج النضج الكافي الذي يخولها من تقبل ولادة طفلها ، ينشأ صراع بين الدور الذي ترى نفسها مدعوة لأدائه من جهة وشخصيتها الخاصة من جهة ثانية . وعند ذلك الأب الذي يحمل عائلته بسبب عمله ، ينشأ صراع لكنه هذه المرة صراع

بين دورين الأول طبيعي والثاني مهني . ونقول أنه بقدر ما تفرض الجماعة من أدوار ، تُطلب من الأشخاص المزيد من جهود التكيف . وهذا ما ينطبق خاصة على المجتمعات ذات المستوى العالمي من التصنيع والتي تتميز ببني معقدة .

يبقى أن نقول عدة كلمات حول مدلول نُظم القيم . فالطفل عندما يتقنص أحد الأشخاص يكون أكثر من مقلد . أنه يتبنى المعتقدات والموجبات الأخلاقية والمواقف الثقافية وتعصب أو تعصبات نماذجه . ونحن نعلم أن الأنا الأعلى يتكون بهذه الطريقة كما أن القيم الخاصة بالجماعة تتناقل على هذا النحو أيضاً . ولا يكون هذا التناقل محصوراً في الزمن . أنه يتعدى الإطار العائلي لكي يستمر في المدرسة ويدوم طوال العمر . وليس للتربية أي هدف آخر غير تناقل بعض النظم الأخلاقية والثقافية من جيل إلى آخر والتي يتسامى مدلولها بالنسبة إلى مجتمع معين . وأنه بفضل تلك النظم يجد المجتمع وحدته ويتوافر فيه الإتياع .

4 - الأزمات الحياتية

يمكننا أن نصوّر الحياة على أنها سلسلة مراحل متتابعة تختلف فيما بينها . ويرافق هذه المراحل أطوار يصعب تمييزها وتتسم باضطرابات تظهر على المستويين البيولوجي والعاطفي . ويتكلم بعض الباحثين عن «أزمات نمو» . أو ليست كل هذه ظواهر تنخرط ضمن تاريخ الفرد ؟ وقد أخذ العلماء يركزون انتباههم ، منذ سنوات ، على فترات أخرى معينة تتميز باضطرابات مشابهة تؤدي أيضاً إلى تعديلات في النفسية . وتكون هذه الفترات وليدة أحداث معينة هي أشبه بتهديدات للشخصية . وهكذا نحن نتكلم عن أزمات طارئة لا يُعفى أحد من العبور في الكثير منها خلال حياته .

وتشكل أزمات النمو جزءاً مكماً لتكوّن الشخصية وتطورها اللاحق . ويكون البلوغ قبل أي شيء آخر هو الذي يؤمن استمرار

مرحلة النمو النفسي الجنسي الأولى وهو الذي يمتزج مع أوائل المراهقة . هذا ويرافق البلوغ على الصعيد الفيزيولوجي ظهور النضج الجنسي وعلى الصعيد الإنفعالي تكون هذه الفترة فترة عدم استقرار تكون فيها القيم التي تلقاها المراهق موضوعة على الملك . ونجد امتداداً لأزمة البلوغ في أزمة أخرى تؤمن الإنتقال من عمر الرجولة إلى بداية الشيخوخة : إذ يحدث عند المرأة الأياس أو القعود فترى أن كل التغيرات البيولوجية التي تشير إلى نهاية فترة التناسل تنخرط ضمن إطار انفعالي مهم أحياناً . أما عند الرجل فتتكلم عن السن الحرجة وهي ذات مظاهر أكثر تخفياً .

وأما الأزمات الطارئة فهي تحدث في أي وقت من العمر حتى أن الولد الصغير لا ينجو منها . فولادة أخ أو أخت مثلاً تخلق صراعاً يظهر على نحو أو آخر . وهناك المآثم والمصائب والمرض والهجر والزواج والأمومة والأبوة ومسؤوليات العمل وتقلب العلاقات ما بين الأشخاص . والحمل ، والإحالة على التقاعد وكلها تشكل أمثلة على ذلك . هذا وعلى الشخصية أن تتكيف كلما برزت أمامها وضعية جديدة . والطريقة التي يتم بها عملية التكيف هي التي تحدّد ظهور الأزمة أو عدم ظهورها .

ويكون تطور الأزمة مرتبطاً باستجابات الشخص وقدرته على الصمود . وحين يبلبل مثير معين التوازن النسبي القائم بين القوى الإنفعالية ، تتدخل سلسلة من العمليات لكي تعيد إقامة هذا التوازن . ويكون بعض هذه العمليات واعياً بتجربته . وأن هذه العمليات الواعية تساعد في الحالات الملائمة على حل المشكلة المطروحة وهذا يعني التلاؤم معها بطريقة أو بأخرى . أما البعض الآخر من هذه العمليات فيكون ، إلى حد ما ، لا واعياً تبعاً للمعرفة التي يتمتع بها الشخص عن ذاته . وقد عرفنا إلى هذه العمليات وهي ميكانيزمات الدفاع .

ويحدث أحياناً أن يستحيل الرجوع إلى حالة توازن القوى الإنفعالية . فعندما تقهر مقاومة الشخص يظهر الجزع في موكب من العوارض ، وتأخذ العقبة المثيرة تلون كل شيء بلونها الخاص . وبطريقة مبسطة نقول

أن تطور الأزمة يتم على الشكل التالي . أن المشكلة لا تبرز إلا بعد ظهور نسبة معينة من التوتر . ويكون لهذا التوتر أثر فعال في تحريك الدفاعات . فإذا ما تبين أن هذه الدفاعات غير كافية فإن التوتر يزداد تدريجياً . عندها يبدأ الشخص بإظهار بعض دلائل الإنزعاج . أما العوارض فتحدث في درجة أقصى من الدرجة السابقة .

أن الأزمات لا تتضمن سوى عواقب سلبية ، ويصح القول عنها أنها توشك أن تولد استجابات ذات طراز طب نفسي وأن تزيد من قابلية تأثر الشخص بهجمات جديدة . وهي ، بهذا المعنى ، تبدو غالباً أشبه بدلائل تستبق الأمراض النفسية ولكن يصح القول أيضاً أنها قادرة على أن تكون عامل نضج لا يستهان به . وقد عرفت الحكمة الشعبية ذلك في قولها : «إن الألم مفيد أحياناً ، فالأزمة ، عندما تُعاش بطريقة معينة ، تصبح قدرة على تقوية الشخصية بإغنائها ويتمية مواردها النفسية .

لنأخذ مثلاً : داء خطير يلزم برجل في أوج القوة . فالأزمة الناتجة حتماً عن هذا الداء قد تعاش بطريقة مأساوية . وهكذا تضاف إلى الجزع عوارض المرض الخطير . وعلى العكس يمكن أن يتحمل الشخص المرض وأن يتقبله . وهكذا فالمرض يبدو أشبه بتجربة وجودية حقيقية تعيد الشخص إلى ذاته . فالشخص يجد نفسه في حالة من التبعية لمحيطة ، وهذا ما يستدعي مرحلة سابقة من مراحل التطور . وقد يرى الشخص نفسه في أكثر الأحيان مسوقاً إلى أن يبني مع من يحيطون به علاقات مختلفة عن ذي قبل . إنه الآن مجبر على أن يضع شجاعته ومقاومته الأخلاقية على المحك .

أن لمفهوم الأزمة هذا أهمية قصوى على صعيد الصحة النفسية ، فهو يتيح لنا إمكانية مراقبة الوضعيات القابلة لأن تصبح مرضية ، وهو يضيء بعداً جليداً على العمل الوقائي . ونخلص إلى القول أنه إذا كان البيان الذي أتينا على وصفه صحيحاً ، على الأقل في خطوطه العريضة ، يصبح بإمكاننا مساعدة الفرد في فترة الأزمة . لكن هذا يفترض محاولة

علاجية أو تأثيراً مباشراً على البيئة . وأنه لمن الممكن أن نتدخل قبل أن تظهر الأزمة حتى ، وذلك بتعيين نوعية الوضعيات الخطرة وبالدعوة إلى اتخاذ تدابير وقائية .

معايير الصحة النفسية

لقد قادنا بحثنا بادئ ذي بدء إلى أن نقوم باستعراض نقدي للمعايير الأكثر تداولاً في تحديد الصحة النفسية . وقد استطعنا أن نقيس تقصيرها . ولكي نحدد الموضوع بشكل أصبح درسنا تكون الشخصية السوية وحاولنا تحديد العوامل التي يحتمل أن تؤثر على التوازن النفسي . وينتج عن ذلك سلسلة أخرى من المعايير التي تبدو ذات قيمة أهم .

وسنحتفظ من بين هذه المعايير الأخيرة بأربعة يبدو أنها تلخص كل تلك التي اقترحها المؤلفون ويمكننا أن نعترف بقيمتها الكبيرة نوعاً ما . وهذه المعايير هي مواقف الشخص من الأنا ، والإحتكاك بالواقع ، وتكامل الشخصية ، والتكيف مع البيئة . وتجدر بنا الإشارة إلى أن حصة الفرضية تكون هائلة في دراسة من هذا النوع . وفي الواقع أنه منذ وقت قليل نسبياً ، أخذ الباحثون يهتمون بسلوكية الإنسان السوي . . . والصعوبات جسيمة على الصعيدين العملي والمنهجي .

1 - مواقف الشخص من الأنا

تتفق مواقف الشخص من الأنا مع ما لكل واحد منا من أساليب مختلفة في إدراك ذاته كفرد . وأن لهذا الإدراك الغامض تقريباً لما نحن عليه ، انعكاسات أكيدة على الصحة النفسية . وهو بحكم كونه ذاتياً لا يخضع بشكل دقيق للدراسة العلمية ؛ غير أن التحليل الظواهري

يساعدنا على أن نأخذ فكرة عنه ؛ ثم إن محاولة كهذه لا تنبئنا إلا عن المستويات الأكثر سطحية في الشخصية . أما على صعيد الممارسة فإن هذه المستويات هي التي ترشدنا إلى السلوك .

وضمن هذا الاتجاه أجرى الباحثون في جامعة ميشيفان في الولايات المتحدة بحثاً موسعاً مقتبساً عن تقنيات استقصاء الرأي ، فقد سألوا آلافاً عديدة من الأشخاص ، وذلك ضمن شروط محددة تحديداً دقيقاً الأسئلة الثلاثة التالية : أ - للناس فيما بينهم صفات عديدة يتشابهون فيها ، إلا أنه ليس هنالك من شخص يكون مطابقاً تمام المطابقة لشخص آخر . فبأية طريقة تعتقد أنك تختلف عن الآخرين ؟ ب - إذا كان لديك ابن (أو ابنة في حال كون الشخص امرأة) فبمَ ترغب أن يكون (أو تكون) مختلفاً (أو مختلفة) عنك (أو عنكِ) ؟

ج - ما هي أحسن نواحي طبعك ؟

أما هدف السؤال الأول فكان الحصول على لوحة عامة تظهر مشاعر الشخص المعني تجاه ذاته . وكان السؤال الثاني يميل بطريقة غير مباشرة إلى جعل الشخص يوضح بنقاط الضعف التي يراها في نفسه . فقد كان (هذا السؤال) يُسأل بطريقة معينة حتى لا يجبر الشخص على الأدلاء بتصريح قاسٍ . فعلى تقمص الأب لإبنه والأم لإبنتها أن يساعد على تفادي المقاومات المحتملة . وأخيراً كان السؤال الثالث يتعلق بالعناصر الإيجابية في الشخصية .

انطلاقاً من الأجوبة التي حصلوا عليها فقد حصر المؤلفون ست مؤشرات هي : إدراك اختلاف مع الآخرين ، قيمة المشاعر التي تظهر تجاه الأنا ، والبوح بنقاط ضعفه ، ثم منشأ نقاط الضعف هذه ، ونفي النواحي الإيجابية في الطبع مع منفي منشأها. وأما فرضية العمل فقد كانت : أن على هذه المؤشرات أن تنبئنا عن مستوى استبطان الشخص وعن نوعية تقييمه لذاته وقد تناول التحليل الإرتباطات الممكنة مع أخذ الجنس والعمر ومستوى الثقافة بعين الاعتبار . ولسنا هنا بصدد الدخول

في تفاصيل النتائج ، فقد جاءت تؤكد ما كنا نعرفه لغاية الآن ، وأنه بقدر ما يكون الإستبطان مُرضياً تكون المشاعر القائمة تجاه الأنا ذات وجهين . أما فيما يتعلق بمتغيرات العمر والجنس ومستوى الثقافة ، فتكون مطابقة للأدوار الإجتماعية التي تُفرض ، كما تكون متعلقة بالثقافة التي تكتنفها .

وتكمن فائدة هذا الإستقصاء خاصة في أنها تفكك «مواقف الشخص من الأنا» وتردها إلى عدد محدد من المؤشرات المعتمدة . وهي تؤكد أيضاً وجود تناقض ظاهر . وفي الواقع أن عدداً من المؤلفين يميل إلى اعتبار المعرفة الحسنة للذات والتي يرافقها تقييم إيجابي للإمكانات تشكل عاملاً أساسياً للصحة النفسية . إلا أنه يُستخلص من النتائج التي تم الوصول إليها ، إن الشخص يحتفظ ، في مجال وعيه ، بعناصر ملائمة كما يحتفظ بعناصر غير ملائمة وذلك بقدر ما يكون إدراكه كاملاً . وفي الواقع أنه لن الأنسب التعمق بهذا المفهوم ، ويبدو من الممكن ألا يُغفل الشخص نواحي شخصيته السلبية دون أن يصبح التقييم العام من جراء ذلك ، غير ملائم .

إن تقييم الأنا تقييماً صحيحاً وسليماً ، يفترض بالإضافة إلى التطور العاطفي المستفيض روحاً نقدية جيدة . ويُحتمل ألا يتوصل إليه سوى النادرين من الناس والسبب واضح في ذلك . إنها بالضبط وظيفة ميكانيزمات الدفاع أن تجعل نواحي الأنا القادرة على توليد الجزع والشعور بالذنب ، مقبولة ، ويتم ذلك باللجوء إلى عملية تمويه حقيقية . ذلك يعني أنه لكي يتم التوصل إلى حقيقة الأنا يصبح من الضروري أن تكشف عن الميكانيزمات المعتمدة وأن نعددها . ودون ريب ، نقول أن التوصل إلى ذلك لا يتم أبداً بشكل كامل إذ أن هنالك عناصر مأخوذة عن الأنا المثالي تمتزج مع معرفة الأنا الحقيقي .

ولكي يكون هذا الوعي قِيماً يجب أن رُقق ضرورة بتقبل الشخص لرغباته . فمن يكن متمتعاً بصحة عقلية جيدة يتقبل ذاته كما هو . أنه يعرف إمكاناته ولا يشعر من جراء ذلك بالأسف الشديد كما يأخذ موضعه

بالنسبة إلى العالم الخارجي . ويتبع ذلك أن رغباته تبقى متناسبة مع إمكاناته ، ونظراً لكون هذا الشخص بعيداً عن الصراع مع ذاته فإن سلوكه يصبح مبعث ارتياح وعدم توتر . هذا وأن التقبل لا يعني الانسحاب أمام جهد يجب بذله . إن التقييم الواقعي لا ينفي التغيرات بل على العكس يُثبتها ولكنه يقيس ثمنها ويسعد الشخص على الإلتزام دون روية .

وتقودنا هذه الملاحظات إلى الكلام عن مفهوم مجاور هو الشعور بالهوية (Le sentiment de l'identité) . ونحن جميعاً نعي وحدة شخصيتنا وهذا الوعي هو نوع من النظرة التركيبية للماضي والحاضر والمستقبل حتى . إنه إحساس بالاستمرار يربط الطفل والمراهق الذي كنا بالراشد أو الشيخ الذي صرنا إليه أو سنصير . نحن نتميز عن بقية العالم بهويتنا . إنها إذن صفة خاصة بالفرد تميز به في الحياة العملية .

ويتضمن هذا التعبير ناحية اجتماعية فالهوية توجد دائماً بالنسبة إلى الغير . وإذا كنا نتميز فحكماً نحن نتميز عن شخص آخر . هذا ويعني الطفل هويته خلال الستين أو الثلاث سنوات الأولى من الحياة . بفضل نشاطاته الحس - حركية هو يكتشف المدى الذي يحيط به ويصل إلى مفهوم جسمه . ومع تطور علاقاته الأولى بما يكتنفه يبدأ يرى ذاته ويحس بوجوده ويتعرف إلى ذاته على أنه كل منفصل عن المحيط . وبعد ذلك نرى هويته الجنيني تتضح وتضفي على شخصيته هذا الشعور الذي يجعلها في آن معاً وحيدة ومغايرة .

هذا ويبني لنا علم أمراض الهوية [pathologie de l'identité] أهمية هذه الأخيرة في الإقتصاد النفسي . فعندما تفقد هذه الصفة الثمينة ، الثمينة للغاية ، فقداناً مؤقتاً أو مطولاً نجدنا أمام تفكك الشخصية . فالمرضى لا يعودون يشعرون بأنهم هؤلاء ولا يعود يجدون أنفسهم أو قل يصبح شخصاً آخر . أنه يفقد ما كان يعطيه أصالته ووحدته واستمراره . ونصادف هذا النوع من الإستجابات في العوارض المستيرية ، مثلاً في حالات فقدان الذاكرة وحالات الهرب ، والشخصيات المتعددة . وفي الفصام أيضاً نرى أن

اضطرابات الهوية كثيراً ما ترافق مبحث الأعراض الملحوظة . وعندما يُعاد تكامل المريض مع إطاره الاجتماعي وعندما يكتسب هذا المريض هوية بالنسبة إلى جماعة معينة فإن المرض ، دون أن يشفي ، يتطور بطريقة ملائمة .

هذا ويمكن لاستجابات التفكك أن تفسح المجال أمام ظاهرة زوال الشخصية وهي ظاهرة تمثل أقصى حد لفقدان الشعور بالهوية . انها فرار من جنز لا يُطاق أو قل أنها إحتواء في اللاوجود . وهي تجربة تصادفها بوفرة في العوارض التي أتينا على ذكرها غير أنها تصادف أيضاً في بعض أنواع العصاب الخطيرة . ولكي ننهي هذه اللمحة السريعة نذكر بأن هناك عدداً لا يستهان به من الصعوبات الجنسية يشكل اضطراباً في هوية الشخص .

يبدو إذن أن مواقف الشخص من الأنا عظيمة الأهمية من حيث اعتبارها معياراً للصحة العقلية . لكن على هذه المواقف أن تتناسب مع بعض الشروط ، وقد ساعدنا نقاشنا على التعرف إلى أربع منها فيجب أولاً وقبل كل شيء أن يدرك الشخص أنه يعني ، أن يكون قادراً على اتباع حد معين من الإستبطان . ويجب ، ثانياً ، أن يكون ادراكه هذا لأنه صحيحاً قدر الإمكان . وثالثاً على الشخص أن يتقبل ميوله أي كانت ورابعاً وأخيراً أنه لمن الضروري أن يملك الشخص شعوراً بالهوية متيناً نسبياً ، وذلك ما يدلنا على أن عمليات التقمص كانت ناجحة خلال مراحل تكون الشخصية .

2 - الإنصال بالواقع

إن السلوك التكيف يفترض تقييماً صحيحاً لواقع العالم الخارجي ، وهنا أيضاً ، يتوجب علينا أن نتفاهم على معنى هذه العبارة . وقد نشط الفلاسفة دائماً في سبيل تحديدها . ويمكننا القول ، وفقاً لفتنسيات نقاشنا ، أن الواقع هو ما تسمح الحواس ، فعلينا ، بإدراكه . وعلى كل

حال إن هذا المفهوم يستوجب العديد من الإيضاحات .

أن رؤيتنا للعالم ليست سوى تقريبية ، وهي تتلون بشخصيتنا كما تعكس مشاعرنا وميولنا . فالعالم لا يصبح موجوداً إلا عندما يُرى . ولا يمكننا أن نقصي الفرد عن الظاهرة . وفي الواقع أن ما كنا نحاول تحديده هو علاقة تتوطد بين الشخص المدرك والعالم المدرك . ولهذا السبب لا يصح الكلام عن إدراك سليم نعتمده معياراً للصحة العقلية . وهذا يدفع بنا إلى افتراض وجود نموذج يجب ألا نخل به . ويصبح حرياً بنا أن نلجأ إلى إدراك صحيح لشخص معين . ولكن لتساءل : هل أن كل إدراك هو غير صحيح بالنسبة للشخص الذي يدرك ؟ يبدو من الضروري إذن أن يتوافق الإدراك في خطوطه العريضة وإدراك الأكثرية ، هذا مع وجوب الإقرار بوجود هامش للفردية .

العالم المدرك هو المحيط ، انه البيئة المادية كما أنه أيضاً البيئة الإنسانية . وأن العالم المادي يكون في الحالات العادية سهل الإدراك . ويكفي أن يتعود الشخص على استعمال حواسه وأن يتعود أيضاً على أن يشرع على الصعيد الطبي النفسي العصبي وهذا ليس بمستحيل - أن يشرع التأثيرات والمثيرات المنقولة مع مراعاة مستوى أدنى من الدقة . ورغم كل شيء تبقى امكانية الوقوع في الخطأ واردة ونجد في الأوهام مثلاً على ذلك . ونذكر أيضاً أننا وضعنا أنفسنا على مستوى من الواقع هو مستوى التجربة اليومية والحياة العامة . ومن الواضح أن الواقع لا يظهر عند التحليل أشبه بحالة جامدة . فالعالم هو في صيرورة مستديرة وهو مبني على التغير والتحول يكون إدراك البيئة الإنسانية أكثر تعقيداً لأن موضوعه يعالج الأشخاص . أنه إدراك تفاعلات أكثر مما يكون إدراك كيانات منفصلة . وهذا يصح في قسم منه على البيئة المادية بقدر ما يتخللها العنصر الإنساني علي مثلاً أن أنتقل من مكان إلى آخر فإدراك طريقي إلى جانب إدراكي للصعوبات المحتملة يكفي لكي يعلمني ويجلي علي سلوكاً متكيفاً أو ، أنا بحاجة لأستدين مبلغاً من المال فاتوجه إلى أحد

أقربائي لإعتقادي أنه مؤهل لمساعدتي . ثم أحرك سلسلة من الظواهر النفسية التي تتعلق بنواحي شخصيتي العميقة والتي تثير اهتمام قريبي بطريقة مماثلة . وهكذا يكون ما أدركته وضعيته اعطيتها قيمة معينة كما اعطيتها محتوى ذا مغزى .

على ضوء ما تقدم نقول أن الإدراك هو أيضاً إطلاق أحكام وذلك يصح في المثل الأول كما في المثل الثاني . ولكي يكون إدراك الواقع معياراً مقبولاً للصحة العقلية ، لا يكفي أن يكون (هذا الإدراك) صحيحاً بل أن يولد تقييماً يكون ، قدر الإمكان صحيحاً وعندما تتدخل حاجات الشخص العاطفية بحدّة قوية فإنها تشك أن تعطل تنافي الإدراك والحكم . فهي تحجب الواقع وتعمل تقريباً كما تعمل العدسات التي تغير الصورة . فالواقع ، وهو لا يدرك على ما هو عليه بل حسب المعنى الذاتي الذي يضيفه الشخص المدرك عليه ، يولد حتماً سلوكاً غير متكيف .

ألا أن هذا لا يعني أن الخطأ يكون دليل صحة عقلية مختلفة . فهو مسموع ! ويبقى هامش الرب في تقييم أية وضعية هامشاً كبيراً . ودون شك تكون الموضوعية التامة غير موجودة إطلاقاً ، إذ أن انفعالاتنا تنزلق لا محالة بين العالم وبيننا . ويبقى سلوكنا ذا فاعلية بقدر ما لا يسرف تأثير هذه الانفعالات في بلبلة الحكم على المدركات . ويمكننا الاعتقاد بأن الشخص الذي يتمتع بصحة عقلية جيدة ، نظراً لكونه يعي حاجاته العميقة ، يكون أكثر استعداداً من سواه لتحليل وضعية معينة ؛ وحين تحدث التجربة يكون هذا الشخص قادراً على أن يجابهها بنسبة كافية من التبصر كما يكون قادراً أيضاً على ألا يلتزم إلا بعد تدقيق ثاقب . هذا ومن المسلّم به أن طريقة الفعل في الواقع تتضمن أيضاً نواحي إدراكية وذهنية .

أن العلاقات المتوالدة بين الأشخاص هي التي تحدد أكثر من سواها إمكانات الإدراك لأنها . بالضبط ، تلجأ إلى استعمال المشاعر ونظم القيم . أن معرفة الغير ليست بأسهل من معرفة الذات الخاصة . هي

تفترض شيئاً آخر غير ضبط الميول ، وهذا الشيء الآخر هو نوع من القدرة على الإحساس من الداخل تتعدى الفهم العادي . إنها محاولة تقضي على الشخص بأن يضع نفسه موضع الآخر . وكانت الفلسفة الأرسطية قد وصفت هذه الظاهرة وصفاً رائعاً قبل أن يكتشف علم النفس كلمة فهم الغير [empathie] ليصفها . والعبارة التالية : «المعرفة تعني : قدرتنا على أن نصبح الآخرين» ، تبقى مقبولة دائماً .

أن هذه الميزة التي لا يتمتع بها كل الناس - وما أبعد ذلك - تظهر خلال تكون الشخصية وترتكز إلى حد بعيد على ميكانيزم التقمص . وهي تستلهم أيضاً التقاليد والثقافة التي نلتقاها كما تفترض الاعتراف بقيمة الشخص واحترام الغير ونقول أن مهارة فهم الآخرين إذا ما أخذت كـمـعيار للصحة العقلية تشكل عنصراً كبير الأهمية فهي لا تنمي الشخصية من حيث توسيع السجل الإنفعالي وحسب بل أنها تسهل قيام العلاقات مع الآخرين . وهي أيضاً تجعل الشخص أكثر تأثراً بآراء الغير وتساعد على التوصل إلى إدراك أدق ؛ وهو ، أي هذا الإدراك ، يكون ، على العموم ، أكثر توافقاً ولئن كان حديثاً في قسم منه .

إن تشويه الواقع ينتج عن انخراط الحاجات العاطفية في وضعية حقيقية . والتشويش ، حين يكون ضمن درجة محدودة ، لا يؤثر في السلوك سوى تأثير سطحي ويبقى منسجماً مع صحة عقلية مرضية تقريباً . ولكنه حين يكون ضمن درجة شديدة الخطورة فإنه قد يصبح كلياً فيفقد إذ ذاك الإتصال بالواقع وهذا ما يقودنا إلى صميم علم الأمراض وإلى عالم الذهان [psychose] والهذيان والهلوسة ليسا سوى مظهرين من مظاهر فقدان الإتصال بالواقع وهما المظهران الأكثر شيوعاً والأكثر تمييزاً . فالتفكير يصبح غير واقعي أي أنه يفقد كل صلة مع العالم الخارجي كما نعرفه نحن .

غير أنه يوجد أمثلة على التفكير اللاواقعي غير المرضي . وما يميز هذه الحالات هو أنها مؤقتة وتبقى خاضعة إلى حد معين لرقابة الوعي .

فالحلم وقت النوم أو حتى في حال اليقظة ينجم عنها كما أن اللعب يتقرب منها . ونذكر على الأخص ميدان الإبداع الفني بـكـليته ، فالأعمال المسماة بأعمال المخيلة تقترح إعادة بناء العالم وهي بمعنى أو بآخر تباعد عن الواقع . ويصح هذا القول على الفن في شتى أشكاله . وتصبح رؤيا الفنان لدى تطبيق هذا المعيار مظهر صحة عقلية سيئة .

فالتشوهات الدقيقة إذن وتلك التي تبدو أحياناً ، في الظاهر ، وكأنها جد سوية تحصل نتيجة لتدخل ميكانيزمات الدفاع . وأن الحماية التي تؤمنها هذه الميكانيزمات للشخصية تكون بديلة التلازم مع الواقع . ولأن هذا الواقع يكون غير مقبول أو على الأقل يصعب قبوله وذلك مع أخذ ميول الشخص بعين الاعتبار ينتج عنه (أي عن الواقع غير المقبول) إعادة تنظيم فينكر الشخص الواقع ويهرب منه ويحوله وينظمه . وقد رأينا أن عدداً لا يستهان به من هذه الميكانيزمات يلعب دوراً إيجابياً عندما يبقى ضمن بعض الحدود . وبالمقابل هناك ميكانيزمات كالنكوص والإسقاط تتخذ فجأة صفة مرضية . أن درجة ونوعية الإتصال بالواقع تعبر عن مستوى الصحة العقلية .

3- تكامل الشخصية

إن مواقف الشخص من الأنا بالإضافة إلى إدراك الواقع لا تمثل سوى نواحي منعزلة من عمل الوظائف النفسية . وإذا ما اعتبرنا أن هذين يحددان وحدهما الصحة العقلية نكون أشبه بمن يعتبر الأجزاء على أنها كل . يجب أن نلجأ إلى مفهوم أرحب يكون رغم بعض الغموض فيه ذا أهمية بالغة : إنه مفهوم التكامل . وهو العملية التي تكتسب بواسطتها الشخصية وحدتها وتماسكها . أنه المبدأ الذي يضيف المعنى على الظاهرة الإنفعالية ويرسم للسلوك اتجاهه ويدخل المنطق الذاتي في الجهاز النفسي . ومن البديهي أن يكون لمفهوم كالذي نحن بصدده أصداء فلسفية ومذهبية ، ولكن سبق أن قبلنا بمثل هذا لأنه لا يمكن أن يكون الحال على غير لك في ميدان متحرك كهذا .

فمن وجهة نظر تحليلية نفسية نقول أن هنالك توازناً دينامياً بين مختلف طبقات الجهاز النفسي وبين الوعي واللاوعي . فللهو وللأنا كما للأنا الأعلى وظائف دقيقة لا يمكن أن تفهم إلا بالنسبة إلى المجموعة . أنها أجهزة قوى متفاعلة؛ ويختل التوازن عندما تصبح السيطرة لجهاز واحد منها . ويسهل علينا استنتاج العواقب على الصعيد النظري على الأقل . فسيطرة السهو تضخم أهمية الغرائز وأما إذا كان التفوق للأنا الأعلى فإن قوى الرقابة تكون مهيمنة .

ويعود إلى الأنا دور الحفاظ على علاقات مؤاتية بين متطلبات الهو والأنا الأعلى . هذا ويتوجب عليه ألا يتعدى بعض الحدود فإذا ما تدخل وأفرط في تدخله بشكل عام فإن التوازن سيتأثر من جراء ذلك . وأخيراً نقول أن الأنا هو الذي يؤمن تكامل الشخصية ؛ ولهذا عليه أن يتميز بصفات معينة وعلى الأخص بالقوة والليونة . فالأنا القوي هو أنا ملائم قادر على القيام بوظائف تركيب وإدراك الواقع . والأنا اللين يتميز بخاصة معينة من المرونة ، وأن المراقبة التي يقوم بها تتم دون صلابة وتترك فسحة حرة .

أن مجمل طبقات الجهاز النفسي المختلفة تتعاون مع بعضها البعض وعلى درجات متفاوتة من الوعي واللاوعي . فينتج عن ذلك أن ميزان القوى بين هذين المستويين يشكل إحدى دعائم الصحة العقلية . فلكي يقوم الشخص بنشاطات تؤمن له حداً أدنى من الإرتياح ، ولكي يعتاد العلاقات الإنفعالية المقبولة مع محيطه يكون من الضروري ألا يتدخل المستوى اللاوعي ، دون حق ، في الطبقات الواعية . إنها لطريقة مختلفة تبين الفكرة التي عبرنا عنها في كلامنا عن معيار الواقع لنعرف أن على الحاجات الإنفعالية ألا تشوّه الإدراك .

العصاب كالذهان يدل على خلل في الجهاز النفسي وهنالك علم أمراض خاصّ بالأنا والهو والأنا الأعلى . ويمكن اعتبار بعض الأمراض على أنها أمراض التكامل . تلك هي الحال في الفصام [schizophrénie]

وهو ذهان يتبعه انحلال الصلة بالواقع وتفكك تكامل الأنا . ويأخذ تفكك التكامل كل معناه . وفي العصاب تجد الإضطرابات تعبيراً خاصاً بمبحث العوارض بين بوضوح موضع خلل التوازن ويكفي أن تفكر بعصاب وسواس التكرار ويتدخل الأنا الأعلى في توليده ؛ زد على ذلك أن بعض صفات العصاب المميزة كالصلابة والميل إلى التكرار وبقائية السلوك تتناسب على العكس مع صفات وضعناها على أنها تنتمي إلى الأنا السوي .

أن التكامل الناجح يتجلى بالتساهل الحسن مع الجزع . ويتعبّر آخر أن على الشخص المتمتع بصحة عقلية مُرضية أن يجابه الحياة دون أن يكون تكامله دوماً موضع تساؤل . ويمكنه أن يعاني من التوتر فتظهر لديه العوارض في بعض المناسبات المفجعة ولكن على مراقبته النفسية أن تحتفظ بفعالياتها . أن جهازه الدفاعي يعرف كيف يستخدم أسلم الميكانيزمات كالإعلاء والتعويض . ويكون أنه مبنياً البناء الكافي كي لا يؤثر فيه التوتر إلا تأثيراً سطحياً . ويكون ما يحسّه الفرد من شعور بالإطمئنان ناتجاً عن توازن قواه النفسية توازناً دقيقاً بل ناجحاً .

التكامل لا يكون معطى ، أنه حصيلة تطوّر لا ينتهي أبداً ، تطور يجعل من الطفل راشداً . ويتركز هذا التطور بين قطبين هما التبعية والإستقلال . والشخص المستقل فعلاً - ونادر الوجود وهو من تجاوز مراحل تكوّن شخصيته دون تعلق لو تشابك جديدين ونجح في التخلص من رواسب الطفولة ، فأصبحت علاقاته مع المحيط تتم على نمط من الإستقلال . وهو قادر على أخذ القرارات والإضطلاع بالتبعات كما أن مواقفه مع الأشخاص لا تميل إلى إرضاء حاجاته العاطفية على حساب الغير . وتكون نشاطاته بالنسبة إليه مبعث كفاءات إلى جانب كونها خلاقة .

ويتناسب السلوك الذي يميّز الإستقلال مع بنية معينة للشخصية : وهي تتكون من عوامل سبق وصفها . كما تحتوي على نظم القيم ، وعلى

وعى واضح للإطار الإجتماعي ، وتقر بوجود امكانات الفرد ، وتساعد على تحقيقها . ويجب أن نسجل مفهوم تحقيق الإمكانيات هذا . وهي ، بالنسبة لعدد لا يستهان به من المؤلفين ، تشكل بحد ذاتها معياراً للصحة العقلية وهم يرون في هذه الظاهرة المحرك الحقيقي للنشاط البشري . أوليست إحدى خصائص الحياة أن تميل إلى النمو أي أن تميل إلى تحقيق ذاتها ؟ .

إن الإستقلال يكون خصيلة النضوج⁽¹⁾ (maturation) ، والنضوج يتوافق مع أفضل تكامل ممكن للشخصية ، هذا مع أخذ الظروف بعين الاعتبار . أنه إذن مفهوم بنيوي . وأن التحليل المتعمق يبين أن النضج يتطلب ، لكي يتوطد ، فلسفة معينة في الوجود أو ربما هو يكون نتيجة لها ؟ ونصعب تصوّر شخص قد بلغ كامل نموه وهو بعد لم يحدد له أهدافاً ولم يكن بعض الآراء حول الموضع الذي يحتله في الكون . أن الوعي الذي يكون قد اكتسبه عن ذاته يدفعه إلى أن يأخذ له موضعاً . وتنخرط هذه المحاولة ضمن نظام قيم معين ، يكون بالنسبة للأكثرية ديانة وللآخرين فلسفة اجتماعية أو أخلاقاً علمية .

يبدو أن التكامل يشكل إذن المعيار الأساسي للصحة النفسية فهو ، من جهة يمثل نقطة وصول تكون الشخصية ليدوب في تلك الصفة النادرة ألا وهي النضوج وهو من جهة أخرى يضيف على المعيارين اللذين سبق أن تناولناهما معناهما الحقيقي . ولا شك أن التكامل لا يُقاس على طريقة معايرة الدم ؛ ولا شك أيضاً أنه لا يوجد هناك رائز يساعد على اكتشافه أو على تتبع تطوره . ولكن هذه ليست على الأرجح بمبررات كافية لكي نحرم من معيار مفيد كهذا حتى ولو أضيف إلى الغموض الذي لمحنا إليه قدر كبير من النسبية .

(1) لقد ميزنا بين النضج والنضوج واعتبرنا أن الأول يوازي كلمة [maturité] بينما يوازي الثاني كلمة [maturation] ملاحظة المترجم .

4 - التكيف مع البيئة

تشكل نوعية وطبيعة العلاقات التي تبني بين الإنسان ومحيطه ، تشكل بنظر الكثيرين معياراً ممتازاً للصحة النفسية وهو إن لم يكن المعيار الأفضل فهو بالتأكيد أكثر المعايير بداهة - وما من شك في أن السلوك ينم عن غرائز الفرد . غير أن هذه المحاولة ليست بدون مخاطر فهي لا تتمتع بقيمة معينة إلا ضمن مخطط عام : وينبغي ألا نغفل عن أننا المعايير الأخرى إذ لا يكون السلوك سوى ظل لها وهو أحياناً ظل مشوه وغير صادق .

ولفهوم التكيف حدوده : فإذا ما اعتبرنا التكيف مجرد تقبل سلبي للمحيط فهو لا يكون دليلاً قوياً للصحة النفسية إنما عكس ذلك تقريباً . ويمكن للإمثالية [conformisme] أن تكون مظهراً عصبياً . أن التكيف لا يبدو صالحاً إلا إذا أخذ في ديناميته : هو يظهر إذن أشبه بنتيجة نوع من التوازن أو التوفيق الذي يتم بين الإنسان والواقع والذي يفرض تغييرات من كلا الجهتين إذ أن هذا الأخير يرتاح إلى العالم الخارجي ؛ وهذا ما يسمى بالتكيف الناشط .

أن أية قاعدة أخرى قد تعود بنا إلى أن نفرض على الكائن البشري دوراً تاريخياً له أهميته . ولو أن الإمثالية سادت بشكل دائم لما كان العالم تطور أبداً . أن المحيط في مظهره من بيئة مادية وبيئة إنسانية هو في الواقع ميال إلى مقاومة التغير ، وأن من حاول تعديل وضعية معينة يعرف ما تستلزمه هذه الوضعية من جهود ويعرف ما يتكبده هو الآخر من مجازفات . ولكن هذه المقاومة تلعب دور حماية للمجتمع وهي مفيدة شرط ألا تحكم على المجتمع بالعقم . ويكون المجددون غالباً غير متكيفين بكل معنى الكلمة ويقودهم بحثهم عن اتزانهم الخاص إلى إعادة تنظيم البيئة تنظيمياً ضئيلاً .

فالتكيف إذا ما فهم على هذا النحو يفترض أن الشخصية ترتاح إلى الوضعيات التي تصادفها بشكل مألوف خلال الحياة ولا يوجد «وصفة» أو قاعدة سحرية للتوصل إليه . فالمحيط ، من العائلة إلى المجتمع كله ،

مروراً بالمؤسسات ، يقدر على المساعدة . ولكن الشخص يصادف دوماً ظرفاً يكون فيه وحيداً كما يتوجب فيه عليه أن يضطلع بتبعات لا يستطيع أحد سواه أن يتوب عنه في الإضطلاع بها . وهذا ينطبق على الولد الذي يذهب إلى المدرسة للمرة الأولى ، كما ينطبق على المراهق الذي ينتفض ضد عائلته ، أو على الراشد الذي يحصل على ترقية مع ما تتضمنه من أعباء إضافية .

أن جميع مراحل الحياة تتطلب جهود تكيف لأنها حتماً تؤدي إلى تغيرات يختل فيها التوازن مع المحيط خللاً مؤقتاً يؤدي أحياناً إلى أزمات كذلك التي ذكرنا . فيتولد أخيراً توازن جديد يكون منبثقاً عن تعديلات تتم عند الشخص وإلى حد معين في المحيط . فحين يجتاز الشخص مرحلة من المراحل يجد شخصيته قد توطدت واليكم الإجابة عن وجوب كون «الأنثى» قوياً وليناً في آن معاً : يجب أن يكون على قدر من القوة لكي يقاوم وطأة الوضعية والأزمة المرتقبة كما يجب أن يكون على قدر من اللين لكي يؤمن التكيف اللاحق .

ويمكننا أن نقيم نوعية التكيف تقييماً أفضل من خلال مختلف أدوار الحياة ، وستتوقف عند الأهم والأسامي منها أي الزواج ، والأمومة أو الأبوة ، والعمل . فمعظم الكائنات البشرية يضطلع بهذه الأدوار في فترة من حياتها ويعبر بنجاحه أو فشله عن ميول شخصيته . ويتضمن كل دور من هذه الأدوار نواحي متعددة تورط الشخص تورطاً انفعالياً في أعز ما له وتولد سلوكاً معقداً جداً . ويمكننا أن نقيس التكيف مع هذه الأدوار باللجوء إلى بعض المعايير التي يلمح استقصاء جامعة ميستفان ، وقد تكلمنا عنه ، إلى ثلاث منها أنها المكافآت والإرتياحات التي يشعر بها الشخص ، والمشاكل التي تخلفها الوضعية ، وأخيراً قدرته وكفاءته على التعبير عن ذاته أي شعوره في أن يكون أو لا يكون على مستوى الدور المطلوب .

يكون الزواج بالنسبة للأكثرية الدور ذا التأثير الأكثر عمقاً والأكثر امتداداً . فإن العلاقة الزوجية تورط الشخصية في كليتها وفي نواحيها

الجسمانية والنفسية . وهي تظهر معظم ميول الشخصية بواسطة الصلات العاطفية التي تنسج ذاتها ، فبالجنس تصل إلى إشباع الغرائز وإن نسبة الطرق وتكاثر الهجر والخلاف تؤكد جيداً أننا نكون في الزواج أمام تجربة إنسانية صعبة للغاية ولربما أصعب التجارب على الإطلاق .

ولكي تتكامل هذه التجربة بالنجاح تفترض أن يكون كلاً من القرينين قد توصل إلى نضج كافٍ . ويكون هذا نادراً في المنطلق نظراً للسن العادية للزواج . فإن ما يحدث في الحالات الأكثر إيجابية هو أن هذا التطور يتركز في وقت تتوطد فيه الصلة الزوجية . فالشريكان حين يتبادلان المساعدة يتوصل الواحد منهما إلى معرفة فضل لذاته عن طريق الآخر . وفي الحالات الأقل إيجابية تتخذ التفاعلات فجأة مظهراً عصائياً ، فيميل الواحد إلى الآخر ليحقق على حسابه إشباعاً يعوض عن حاجاته الانفعالية الخاصة . إنها في أغلب الأحيان الحاجات إلى الاستقلال التي تعبر عن ذاتها بمواقف طفولية وتشترك في مراحل سابقة من مراحل النمو بحيث يكون اختيار الشريك بالذات متأثراً بها .

هذا وقد ربط الباحثون نجاح الزواج لمدة طويلة ربطاً يكاد يكون قطعياً بالنواحي التناسلية من الجنس ؛ ولكنهم كانوا في ذلك يأخذون النتيجة على أنها سبب . وإذا كان تفاهم القرينين الجنسي يدل على نجاح زواجهما فإن العكس يكون بعيداً عن الصحة . إن هذا المفهوم وقد تحول في زمن معين إلى عقيدة ، نتج عن التحرر الواسع الذي عقب الفرويدية وهو لا يعدو كونه نظرة جزئية ؛ فالتناسل لا يمثل سوى ناحية واحدة من الجنس . وهو يأخذ معناه الحقيقي في إطار أوسع يشمل النواحي النفسية من الجنس كما يشمل المشاعر والإنفعالات . وأن القدرة على الحب تكون بشكل قاطع عامل صحة عقلية بقدر ما تتناسب مع تكامل الشخصية . والحب الحقيقي يتجدد كل يوم ويتطلب عناية واعية وهو في أساس الزواج الناجح . أنه دليل تفاهم عميق .

والأمومة ، كالأبوة ، تعطي الزواج بعده الحقيقي . وقد كان من

السهل على الناس منذ جيل أو جيلين أن يؤدوا هذين الدورين . وليست طبيعة العلاقات الإنفعالية هي التي تغيرت بل انه الإطار الإجتماعي . ان تطور المؤسسات في عالم هو في أوج التحول أثر على بنية العائلة إلى حد جلب غموضاً كبيراً في علاقات الأهل والأطفال ، فلم يعد هنالك من نموذج قيم كتلك التي كانت تصادف في عصر كان أكثر ثباتاً . فالتقاليد لم تعد تلعب دوراً كدورها من ذي قبل ولم تعد تشكل المرتكز الأفضل . فنتج عن ذلك تعقيد دور الأهل وهذا ما يكون غالباً مبعث توتر كما يكون شديد الخطورة عندما لا تستوعب الشخصية هذا الدور بشكل صحيح وعندما لا تقبله منذ الإنطلاق فيصبح مولداً للصراع .

وثالث كبار أدوار الحياة نعيشه في عالم العمل . والإنسان يخصص له القسم الأكبر من وقته وتكون مشاكل التكيف فيه في معظم الأحيان شديدة الحدة . هذا وأن الشخص ينقل إليه مصاعبه الإنفعالية كما هو الحال في المواقف الحياتية الأخرى . والعمل المثالي ، يدوياً كان أم ذهنياً ، ليس ذاك الذي يؤمن مستوى أدنى من الإرتياح وحسب بل يؤمن أيضاً امكانية النمو . ونجسد أنفسنا أمام مفهوم الإمكانيات [potentialités] . فالشخصية تتوطد بالعمل وتكون ، تقريباً ، موضوعة على المحك . لكن الوظيفة ، لسوء الحظ على ما هي عليه اليوم وخاصة بسبب انطلاقة التصنيع ، تحمل أحياناً الحرمان .

في النهاية نقول أن علاقات الأشخاص فيما بينهم تكون القاسم المشترك لمشاكل التكيف كما تطرح في الزواج والتجربة العائلية والعمل . وهي تبعاً للإسلوب الذي تعاش به تشكل معياراً أساسياً للصحة العقلية . وقد يصح القول فيها أنها تجعل الميول آنية [أي أنها تصرفها في الوقت الخاص] تحيئها ويتم ذلك على مستوى أساسي من التعبير . أن علاقات الأشخاص فيما بينهم تعبر عن التوتر والصراع وهي بتعبيرها هذا أشبه بفاضح السر ؛ كما أنها بهذا المعنى تعطي على مستوى الصحة العقلية ارشادات ثمينة جداً .

الباب الثاني

الطرائق والتقنيات

تطور الأفكار

كيف نصون إذن هذه الصحة العقلية العسيرة المنال والسريعة العطب ؟ هل يمكن تنظيم مكافحة فعالة للقضاء على هذه الموجة الحالية من الأمراض النفسية ؛ مع أخذ الزيادة الحاصلة في السكان بعين الاعتبار ؟ بأي مقدار وبأية وسائل يمكن تلافي هذه الأمراض ؟ كيف نحسن مستوى الصحة النفسية عند شعب من الشعوب ؟ وهل هذا الأمر قابل للتحقيق على الأقل ؟ هناك العديد من المسائل التي يبدو من التهور الاجابة عنها ، دون استناد إلى بعض الأمور لأنها تتخطى بالفعل نطاق الطب النفسي التقليدي .

لقد عرف الطب النفسي ، منذ جيل تقريباً تحولات عظيمة ، واتسع نطاقه وتبدلت مبادئه بدلاً جذرياً ، كما ان هناك مجالاً لإعادة تحديده ، والبحث عن مقام له بالنسبة لبقية الاختصاصات الطبية . وكذلك بالنسبة للعلوم الإنسانية بوجه عام . ففي هذا الصدد ، سنحاول ان نشير إلى تطوره ، عبر المذاهب والمعالجات وبرامج المساعدة . وستسمع لنا هذه الخطوة ان نفهم بشكل أفضل ، كيف يبدو العمل الوقائي .

1 - المذاهب

يمكن ان نرجع الطب النفسي ، بشكل موجز ومصطنع نوعاً ما من حيث هو اختصاص ، إلى فترات ثلاث : فترة وصفية ، فترة ديناميكية

وفترة اجتماعية . وكل فترة من هذه الفترات تمثل مرحلة تطور على الصعيد النظري ، وهي تقابل نشوء بعض المفاهيم . وإن عملاً تمهيدياً كعملنا لا يدعي إحلال نفسه محل ما ذكر تاريخياً عن هذه القضية . فهو ينطوي خاصة على إبراز المعنى العام للتغيرات الطارئة .

وتعقب المرحلة الوصفية الغموض الذي يميز كل اختصاص في طور تكونه . ونحن نعلم انه لعصور عديدة خلت ، كان يعتبر المريض النفسي كمن به مس من الشيطان ، ونادراً ما كان يعامل بطريقة إنسانية . وكانت تنطوي حالته على السحر أكثر مما كانت تدل على حالة طبية كادت ان تصبح علمية . فلم توضع المحاولات الأولى لتصنيف الأمراض النفسية إلا تبعاً ، وقد أفسحت المجال للطب النفسي بأن يتكون كفرع من فروع علم الطب .

وكانت تركز هذه التصنيفات المستمدة من الطريقة التحليلية - العيادية ، التي اشرنا إليها سابقاً ، على التشابه بين العوارض المرضية . وبالرغم من كل الجهود ، فقد بقي علم الكشف عن الأمراض النفسية مجهولاً وكان لبعضهم أفكار غامضة تماماً عن العوامل المسببة لهذه الأمراض . وهكذا فقد استتج كبار الأطباء النفسيين في القرن التاسع عشر من مجمل ملاحظاتهم ، بعض مجموعات مرضية . واثناء هذه الفترة عقد الطب النفسي أواصر علاقات متينة مع علم الأعصاب . وقد ساعد على تكامل الاختصاصين ذلك الميل إلى تأليف الهياكل الذي طبع العصر بطابعه .

وقد أجازت نظرية التحليل النفسي ، التي تسلمت شيئاً فشيئاً إلى فكرة الطب النفسي ، تخطي مستوى الوصف البسيط لظواهر المرض العقلي بغية الوصول إلى مستوى الفهم . وليس من المبالغة القول ان التحليل النفسي قد أغنى الطب النفسي . وأن أي طب نفسي لا يأخذ هذا التحليل بعين الاعتبار يكون بصراحة قد تخبطه الزمن . فلا نتم اليوم بالعوارض المرضية فحسب ، بل بالبحث عن جذورها . ولا نكتفي بوضع

تشخيصات هي كشعارات تطبق على المرض وإنما نتعلم أن نستعمل تعابير من علم الأمراض النفسية . لأن هناك اتجاهاً اليوم نحو علم نفسي تكويني .

وحق ذلك الوقت ، بقي الطب النفسي سجين مكان لا منفذ له . وقد بقي مرتبطاً بمنهجية كادت تشله ، بالرغم من بديهياتها القيمة ووجهات النظر التي لم تكن قوية تماماً . ويميل الطب النفسي ، بوجه الإجمال ، إلى تناول الظواهر النفسية بفكر وطريقة عالم التشريح ، أو عالم الفيزيولوجيا . وما جاء به التحليل النفسي هو مفهوم بنية الجهاز النفسي ونظرية الجنس وتكوين الشخصية ونظام شرح العوارض المرضية .

وهذه المرحلة ، التي يمكن أن نسميها المرحلة الديناميكية ، تنبئ من خلال طلائعها بالذات بالمرحلة الاجتماعية . ويمتد علم النفس الفردي حتى يصل إلى علم نفس الجماعة . ويتم التفكير ، يوماً بعد يوم ، بتعابير ذات بنيات اجتماعية وذات ديناميكية جماعية . وينصب الاهتمام للمرة الأولى ، بطريقة منهجية ، على عوامل البيئة ، ويقام وزن للثقافات المختلفة وكل شيء يبقى مركزاً على الفرد ، ولكن هذا الفرد ليس معزولاً في عالم معادٍ له إنه في «موقع ما» .

وليست هذه المراحل غير متسلسلة تاريخياً فحسب ، لكنها تتداخل فيما بينها . وساهمت كل مرحلة من هذه المراحل ، ولا تزال ، في إيصال الطب النفسي إلى ما وصل إليه اليوم . ومنذ القرن الماضي ، لم تطرأ تغيرات كثيرة على التصنيفات الرئيسية للأمراض العقلية القائمة حالياً ، وعلى الأخص فيما يتعلق بالذهان . ولم ينجح اسهام التحليل النفسي الذي عزز فهمنا لعلم الأمراض بسبب حدوده الخاصة ، في خرق أطر علم تصنيف الأمراض . وبالطبع ، يجب الاعتراف بأن عدداً لا يستهان به من الأطباء النفسيين ذوي المنشأ الكلاسيكي ، لا يأخذون التحليل النفسي بعين الاعتبار ، فهم يبنون آراءهم في العلاج على التجربة العيادية التقليدية .

أما التمييز بين مرحلة ديناميكية وأخرى اجتماعية ، فهو لا يزال قائماً . وقد يكون المقصود بهما بالأحرى ، وجهان لحقيقة واحدة . ويدرس الكائن البشري ، بشكل عامودي وآخر أفقي ، في الوقت نفسه . ويرجع حد هذا الكائن العامودي إلى تكوُّن الشخصية ، حسب تحديدها التكويني ومراحلها المختلفة . وحده الأفقي هو في علاقة مع المحيط أي مع كل عوامل البيئة الفيزيائية والبيئة البشرية التي لها تأثير ملائم ، نوعاً ما ، على التاريخ الشخصي للفرد .

ولقد أشرنا سابقاً ، إلى ما يمكن أن يكون لمفهوم المرض في الطب النفسي من التباس وغموض . وتأخذ هذه الملاحظة هنا ، أهميتها البالغة في سياق البحث الذي سيستأثر باهتمامنا . ويظهر المرض كنتيجة للعديد من العوامل التي تختلف أهميتها في مجموعة الأسباب المرضية . فهو في معظم الأحوال شبيه برد فعل للشخصية بالنسبة إلى المحيط . ويمكننا أن نضيف من وجهة النظر نفسها أن المرض يبدو كاستمرار أي تماماً بعكس الانقطاع مع الماضي وتعبير غريب عن الشخصية وكحدث له بداية ونهاية محدودتان تماماً . وهذا مما يجعل للطب النفسي معنى جديداً .

2 - المعالجات

ان التطور الذي شرع به سابقاً له ما يعادله على الصعيد العلاجي . فحتى وقت قريب كان الطبيب النفسي أعزل ولم يكن يتصرفه أية طريقة فعالة حقاً . لذلك كان من الصعب عليه أن يجد بالشكل المنشود من تطور الأمراض العقلية فكان ينحصر دوره في غالب الأحيان بتأمين حد أدنى من العناية وبالإقامة بأعمال وقائية ورعاية باسم المجتمع . لقد كان يوجد بالطبع ما كنا ندعوه «المعالجة الأخلاقية للجنون» . وكان ذلك يمثل مواقف شفقة وإنسانية تبدو اليوم طبيعية ، ولكنها لم تكن مستوحاة من أي أساس مذهبي .

وأصبح الطب العقلي تدريجياً أكثر فعالية . وقد أدخل التشاؤم ، الذي كان المنطلق ، المجال أمام تفاؤل أخذ يتأكد شيئاً فشيئاً ويمكن للطبيب

النفسي حالياً ان يفتخر بالحصول على نتائج تضاهي على الأقل نتائج الفروع الطبية الأخرى . فقد كفّ الطبيب ان يكون حارساً لمرضاه ليصبح الشافي لهم واندمج بالتيار العلمي الكبير الحديث . وإذا كان الطب النفسي قد خرج بذلك من عصوره الوسطى فذلك عائد قبل كل شيء إلى ظهور المعالجات القيمة مؤخراً ، وانتشارها الواسع يعود إلى نتائجها .

وقد سارت المعالجات في الطب النفسي باتجاهات موازية للتيارات المذهبية . ويتحدث البعض عن معالجات فيزيائية ومعالجات نفسية بنفس الطريقة التي كانوا يتكلمون بها عن الأصل العضوي والأصل النفسي للأمراض العقلية . فمن وجهة نظر شمولية يبدو واضحاً أن هذا التمييز هزيل . ونحن لا نتمسك به إلا لسهولة ، وفي الواقع ان الطرائق والتقنيات الأكثر استعمالاً اليوم هي من كلا الاتجاهين ، وعوضاً عن ان نتعارض فهي متكاملة وغالباً ما ترابط وبامكاننا ان تتمثل سلماً من إمكانيات المعالجة بشكل خط مستقيم في أحد طرفيه المعالجات الفيزيائية التي تتضمن أقل ما يمكن من المركبات النفسية ، وفي الطرف الآخر المعالجات النفسية المحضة ، فيبين هذين القطبين تتلاقى سائر الأنواع .

ويتميز مجال المعالجات الفيزيائية في العصر الحديث بسلسلتين من الاكتشافات . فهناك بادئ ذي بدء ظهور المعالجة بالصدمة الكهربائية والمعالجة بالانسولين ، ومن ثم هناك إدخال المحركات العقاقيرية النفسية المقوية والمهدئة . وقد أدخلت المعالجة بالصدمة الكهربائية والمعالجة بالانسولين الأمل إلى الطب النفسي ، أما بالنسبة للمحركات العقاقيرية النفسية فقد أشعلت ثورة حقيقية .

وإذا كانت المعالجة بالعقاقير قد عرفت انتشاراً يتزايد على الدوام فإن الأكثر قدماً بقليل كالصدمة الكهربائية ، وبدرجة أقل ، المعالجة بالانسولين لا تزال تحتفظ بمداولاتها ، ولا تعقد الأهمية الكبرى للمحركات العقاقيرية النفسية على فعاليتها فحسب بل على سهولة

تجرعها أيضاً . وهي تؤثر في العوارض المرضية الأكثر ازعاجاً كالهياج العصبي ويمكن ان يشار باستعمالها دون ان يوضع المريض في المستشفى . وأنواع هذه المحركات متعددة جداً والاشارة باستعمالها تزداد يوماً بعد يوم .

وقد وسم ظهور تقنية التحليل النفسي في مجال علم النفس تلك الفترة بسمته ، فظهرت لأول مرة طريقة ناجمة عن نظام متناك لتفسير الحياة النفسية والتي على ما يبدو تعطي نتائج في بعض الظواهر العصابية على الأقل . وتطور التحليل النفسي على حسابه الخاص بمعزل عن الطب النفسي . ولم يجد التحليل النفسي المركز اللائق به إلا منذ وقت قريب وليس في كل الأوساط . ومن الممكن أن ترى تقنية التحليل النفسي - بشكلها الكلاسيكي - حقل نشاطها يتقلص شيئاً فشيئاً . فطول فترة العلاج وحلود مدلولاتها تجعل منها بالنسبة لمجموعة من السكان معالجة لا مثيل لها . مع العلم ان الأهمية تنتقل الى تقنيات أكثر فعالية وسرعة .

وتصدر هذه التقنيات عن قطاع المعالجات النفسية الواسع ، بعض هذه التقنيات ذات منطلق فرويدي والبعض الآخر تشترك فيه شتى مدارس الفكر . وبعودة سريعة إلى نظرية الشخصية نقسم هذه المعالجات النفسية إلى فئتين كبيرتين . فمن جهة هناك تلك المعالجات النفسية التي تميل إلى تعزيز عمليات الدفاع عند الشخص ولذا يدور الحديث على معالجات نفسية للحماية . وهذه المعالجات هي الأكثر بساطة وسهولة وشيوعاً في الاستعمال . ومن جهة أخرى هناك تلك التي تهدف إلى إجراء تغيير في الشخصية بدرجات متفاوتة . وتمثل تقنية التحليل النفسي النوع المتطرف من هذه المعالجات .

وهذه الطرائق كلها فردية من حيث التحديد ، وهي تعود إلى حوار بين المعالج والمعالج ، حوار علاجي يضع في الجوقى معقدة هي بالطبع غير معروفة وقد بحث البعض منذ عدة سنوات بتوسيع هذه الطرائق . وتضمينها عدة مواضيع . وترتكز المعالجات النفسية للجماعات على

ديناميكية العلاقات ما بين الاشخاص . وليست فائدتها سوى اقتصادية وعملية ، فهي تسمح بالفعل بتحليل ردود فعل المريض بالنسبة للبيئة التي تحدث فيها ردود الفعل هذه . وبذلك تسهل هذه المعالجات الوعي الضروري لكل معالجة نفسية مهما تكن أنواعها أو أهدافها الراسخة .

ويتزايد الميل يوماً بعد يوم إلى أخذ البيئة بعين الاعتبار في الأمور العلاجية التمهيدية ، وذلك نتيجة منطقية لتطور الافكار حول الأمراض النفسية . وكل الطرائق التي تستخدم البيئة من أجل اغراض علاجية تدل على معالجة اجتماعية حقيقية . وإذا كنا قد اعترفنا منذ وقت بعيد للعمل بدور إيجابي فهو لم يصبح علاجاً إلا منذ وقت قريب . ويمكن ان يقال الشيء نفسه عن التقنيات التي تستدعي التعبير الشفهي أو اللعب ونذكر كذلك في نطاق أوسع كل إجراءات ومحاولات التأثير على البيئة فهي جميعها ترقى إلى إعادة تكييف الشخص . وسنستسح الظرف للرجوع إلى هذه الأمور .

3- وسائل العمل

ان التغيرات الطارئة على صعيد تنظيم مساعدة المرضى النفسيين لا تقوم إلا بعكس للتطور الذي يؤدي على الصعيد المذهبي إلى فهم أفضل للعوامل المرضية النفسية ، وعلى الصعيد العلاجي إلى طرائق معالجة أكثر فعالية ، وهذه التغيرات هي التي تشهد على التعديلات الأساسية التي طرأت على الطب النفسي ، وهي التي تساعد في التعرف إلى التقدم الحاصل ، كما تساعدنا في تقدير ما بقي علينا عمله . وتعرض هذه التعديلات قبل كل شيء للمؤسسات القائمة ومن بينها مستشفى الطب العقلي .

فمنذ مدة طويلة وحتى يومنا هذا كانت تنحصر المساعدة في العديد من البلدان بمستشفى الطب النفسي ومستشفى المجانين القديم الذي اتخذ اسماً آخر دون ان يغير في الحقيقة طبيعته . وإذا نظرنا إلى إمكانيات

المعالجة المحدودة تبين لنا انه لم يكن هناك من حل آخر سوى عزل المرضى بعيداً عن المجموعة البشرية . فليس من المصادفة إذاً أن تكون قد ظهرت تلك الابنية التي لها شكل سجون القرون الوسطى ، بقضبان شبائيكها وفي العديد من الأحوال بالشرطة على أبوابها . وليس من المصادفة أن نرى فيها آلاف الأفراد المقصيين بعيداً عن التجمعات البشرية وكأن ذلك من أجل تدليل أفضل على جنونهم . وهذه المستشفيات المنفرة ترمز تماماً إلى مبدأ المساعدة الطبية النفسية لعصر لم ينته للآن كلياً هو عصر عزل المرضى .

وقد فهم الناس تدريجياً أن المستشفى بالشكل الذي كانت عليه والذي تصورها به القدماء كانت تنمي المرض أكثر مما كانت تساهم في شفائه ، فكان عليها أن تبدل أمام مقتضيات الجديدة . وقد اكتشف الناس أنه لا يوجد حل واحد لمشكلة الأمراض العقلية وأنه ليس من صيغة تصلح لكل مكان وتمييز للمجتمع أن يتخلى عن مسؤولياته . وشيئاً فشيئاً تألف مذهب حق للمساعدة الطبية النفسية انطلاقاً من تلك المعلومات المكتسبة . وسوف نحاول تعيين المميزات الأكثر أهمية لهذه النظرية .

أن برنامجاً لمساعدة طبية عقلية مجدية يتناسب مع مهمات محددة . وهذه المهمات تنجم عن مبادئ علاجية حديثة . وهكذا أصبح الاستشفاء المتبع منذ وقت يعيد إجراء شاذاً ؛ فحين يفرض يجب أن يكون فرضه لمدة قصيرة ولا يؤدي إلى انقطاع المريض عن بيئته . وهذا يفترض خدمات من نوع جديد تختلف عن خدمات المستشفى التقليدية . كما أن هناك مجالاً لمعالجة المرض طيلة مدة تفاعله وليس فقط في الفترة الحادة منه . لذلك وجب إعلام الهيئات المعنية بالأمر .

.. وهناك خاصية أخرى هي الاتجاه المتعدد الاختصاصات ، فلم يعد الطبيب النفسي وحيداً إن على الصعيد العيادي أو على الصعيد الإداري لأن هناك ميلاً للعمل ، ولأن المرض يرتبط بالطبع بإطار اجتماعي كما أن

لاختصاصيين آخرين دوراً عليهم أن يقوموا به . فعالم النفس والمرضى والمرضة والمساعدة الاجتماعية يكوّنون جزءاً لا يتجزأ من النواة المهنية التي بدونها لا يمكن لخدمة طبية نفسية أن تعمل بفعالية . وفي العديد من الحالات يجب أن يحاط علماً كل من المعالجين بواسطة العمل ، والمرين وعلماء الجريمة ومعيدي النظر في التربية .

وهناك خاصية ثالثة هي الدور الذي يتعاطف على الدوام والذي يقوم به طب نفس الولد وكل الخدمات المتعلقة به . وإن برنامجاً للمساعدة الطبية النفسية يهمل مظهراً جوهرياً كهذا ليس ناقصاً فحسب ولكنه عائب في أساسه بالذات . فمن العيب أن نكرر ما للسنوات الأولى في الحياة من أهمية في تكوين الشخصية . ولكنه من المهم على الأخص في الطفولة أن نعين العوارض المرضية في الوقت الملائم ، وأن نتعرف إلى صعوبات التكيف ، وأن نقوم عند الاقتضاء بتطبيق المعالجات أو الإجراءات اللازمة .

ويشكل الاهتمام بالعوامل الثقافية عند تنظيم أو تنفيذ برنامج للمساعدة خاصة رابعة . فليس هناك من طرائق يمكن أن تطبق بشكل منفصل عن إطار البيئة . ليس لأن هذا النظام أو ذلك النوع من الخدمة يبدو فعالاً لكي ينقل تلقائياً إلى بلد آخر . فكل شيء يتأثر بالحاجات والثقافات المحلية . ولا تشكل المقاييس الموضوعية قواعد مطلقة لذا يجب أن نحور ونكيف أنواع المساعدة للمرضى العقليين وفقاً للظروف والبيئات المختلفة .

وأخيراً تجدر الإشارة إلى نزعة تحمل معها ربما اصالة حقيقية للمساعدة الطبية النفسية الحديثة . وتقوم هذه النزعة على التكامل بين برامج الصحة العقلية وبرامج التنظيم الصحي .

ولكن كيف يكون برنامج الوقاية الصحية العامة كاملاً بدون وقاية عقلية ؟ لا يمكن أن يكون هناك ، منطقياً ، قطاعات مجزأة في الأجهزة

التي يتبناها بلد من البلدان لحماية صحة مواطنيه . وهكذا لا يمكن أن يوجد طب حقيقي بدون الطب النفسي والعكس بالعكس .

يبقى أنه ، لأسباب تاريخية ، توسعت برامج المساعدة الطبية العقلية بعزل عن برامج الصحة . ولا يزال مبدأ العزل قائماً حتى على الصعيد الإداري وأن العائق الكبير في العديد من الحالات هو الجهاز التشريعي الذي ليس على مستوى الأحداث .

4 - الوقاية

اين تكمن الوقاية في هذا المخطط الذي عرضناه ؟ إنها تظهر في الوقت الذي يبدأ فيه التعرف على العوامل المسببة للأمراض العقلية . ومع هذا لا نكتسب الوقاية أهمية حقيقية إلا عندما يسمح التقدم العلاجي بالتدخل بنجاح متزايد . وهذا يعني أن الوقاية غير متفصلة عن المعالجة ؛ فلهذه الأخيرة مفهوم أكثر اتساعاً من الماضي ، حيث كانت غالباً ما تعود إلى تجرع للأدوية أو إلى تدخلات محددة تماماً .

أن مفهوم الوقاية مأخوذ من علم الوقاية العامة ، فإذا كان تطبيقه على ما يخص الطب النفسي هو الذي يستوقفنا فهناك فائدة في تحديده بالنسبة إلى الطب في مجمله . وتعرض الوقاية امكانية مراقبة ظهور وتطور المرض وهذا يؤدي إلى مجموعة من الطرائق والتقنيات التي تسمح بالتأثير على مختلف مراحل العملية المرضية فنحن مدعوون إلى أن نميز مختلف أصعدة الوقاية حسب الأهداف المطلوبة .

ولنأخذ مثلاً لمرض معروف تماماً كالتيفوئيد . فبإمكاننا القضاء على العامل الذي يولده ، بالنظر إلى بكتيريا ابرت «EBERTH» بتبني بعض الإجراءات الوقائية . وباستطاعتنا بالتالي خلق مناعة في الجسم ضد الإصابة بالمرض بواسطة تلقيح معين . ففي الحالتين نمنع ظهور المرض عما يترجم في الاحصائيات الحياتية بنقصان عدد الإصابات . وهذا ما يعرف بالوقاية الأولية . وإذا ظهر المرض وحشدت كل الطاقات لمعالجته بشكل

يجعله يستمر أقل وقت ممكن نكون قد مارسنا وقاية تعرف بانها ثانوية ،
وهناك صعيد ثالث هو الوقاية الثلاثية التي تقوم على اتقاء عواقب المرض
وتسهيل العودة إلى الحياة العادية .

ان الوقاية الأولية تتعلق حكماً بعلم أسباب المرض فهي تفترض معرفة
أسباب المرض وإيجاد وسائل تساعد في التأثير عليها بفعالية . فلم تختره
مصادفة التيفوئيد كمثال لأن الامراض المعدية تؤلف المجال المفضل لهذا
النوع من الوقاية . وتبني الوقاية الثانوية بشكل أساسي على المعالجة
والمعالجة المبكرتين . فهي تحيز التدخل في عوامل لا يكون أصلها معروفاً
في كل الأحيان كما في الأمراض القلبية - العرقية . وتتضمن الوقاية
الثلاثية كل الاجراءات المخصصة لمنع المرض من الانتقال إلى المرحلة
المزمنة وللتصدي لعدم الكفاية الوظيفية .

ومن هذا الادراك للوقاية يبرز حدث مهم جداً يظهر مدى تطور الطب
منذ جيل أو جيلين . فلم يعد الطبيب مسؤولاً لوحده عن حالة السكان
الصحية . وإذا كان لا يزال يلعب دوراً أساسياً في هذا المجال فهو مع
ذلك يؤلف جزءاً من الأجهزة الصحية المنتشرة التي تتضمن خدمات
متنوعة . وقطاع الوقاية الثانوية هو قطاع طبي بالتأكيد ، وبالمقابل فإن
الوقاية الأولية ، وبدرجة أقل ربما الوقاية الثلاثية ، تستدعي إجراءات
عامة تتعلق بالسلطات العامة وتؤدي الى تدخل الاختصاصيين من غير
الأطباء . فلنفكر هنا في حملات استئصال الملاريا . فإذا كان الكشف عن
المرض ومعالجته (وقاية ثانوية) يدلان على علم الطب فإن التصدي
للطفيلي موضوع البحث أي بعوضة الملاريا هو (وقاية أولية) يتعلق من
ضمن ما يتعلق بالمهندس الصحي أو المدني . أما بالنسبة لإعادة تكيف
المرضى المعاقين فذلك (وقاية ثلاثية) تفترض إجراءات اجتماعية وافية
تضاف إلى التدخل الطبي .

وتصبح المبادئ ذاتها في الطب النفسي . ومع هذا فإن الوقاية الأولية
بالمعنى الدقيق نادرة ، لأن الغالبية العظمى من العوارض النفسية المرضية

لا تعرف أسبابها المرضية الدقيقة ، إلا أنّ إزمان بعض هذه الأمراض ذات الأصل العضوي والحاملة في طيها علم الأعراض العقلية تعود إلى هذا النوع من الوقاية . وهذه هي الحال في أمراض الذهان السّام (psychoses) وبعض أمراض القصور والشلل العام المتأني عن سيفلس عصبي وهذه كلها في الحقيقة تقع في نطاق التقنيات الطبية . ولكن الوقاية الأولية تفهم اليوم من وجهة نظر أوسع فهي تتألف من كل الإجراءات الفردية أو الجماعية التي تهدف إلى خلق أفضل الشروط الممكنة للصحة العقلية ، وللتصدي للعوامل التي قد تؤثر بشكل غير مستحب على هذه الصحة علماً بأننا نأخذ الظروف بعين الاعتبار .

والوقائتان الثانوية والثلاثية تقعان على طرفي نقيض من التاريخ الطبيعى للمرض ، في البداية والنهاية . وتطبق ذات الأصول التي تطبق في قطاعات الطب الأخرى لذلك يجب التعرف على المرض ومعالجته في أبكر وقت ممكن . ويجب أن ندفع بكل قوانا لتفادي المضاعفات ولتسهيل استعادة الصحة ، وهذه الخطوات وثيقة الصلة ببعضها وتتعلق بتنظيم المساعدة الطبية النفسية .

المساعدة الطبية النفسية

لا تفهم المساعدة الطبية النفسية الحديثة بدون شبكة من الخدمات المتعددة وفقاً للضرورات العلاجية وحاجات المرضى . وتعتبر هذه الخدمات على الصعيد العملي عن المبادئ التي تكلمنا عنها . وسندرس البنات الأكثر استعمالاً بشكل عام وسطحي للغاية .

وليس لهذه البنى في حال كونها منفردة ، سوى قيمة محدودة . فلكي تكون فعالة يجب ان يترابط بعضها مع بعض داخل مجموعة كبيرة وسري كيف يتحقق الارتباط الوظيفي لمختلف فروع المساعدة الطبية النفسية . ثم ستكلم عن البرامج المقترحة . فهذه البرامج هي التي تعطي في النهاية قيمتها لأفضل البنى وهي التي تضعها في الإطار العام للعمل الوقائي .

1 - الخدمات داخل المستشفى وخارجها

إن مستشفى الطب النفسي هي مركز للمعالجة ولإعادة التكيف ، فهندستها وكذلك تنظيمها المادي ، جديران بجعل هذه الوظائف الجديدة ممكنة . فمن حيث المبدأ ، يجب ألا تضم المستشفى الطبية النفسية أكثر من ثلاثمائة إلى خمسمائة سرير . فعند تخطي هذا الرقم الأخير - المعتبر كحد أعلى - يصبح من الصعب ان نبقى للمستشفى صفاتها الإنسانية . وتكون الإدارة فيها أقل كلفة كما تدل الدراسات الحديثة على ذلك . ويتعين علينا أن نتحسب للمدة الضرورية

للمعالجات ، ولاوقات الفراغ ، وللاهتمام بالعلاج . وننصح بان يُنشأ فيها وحدات علاجية من عشرين إلى ثلاثين مريضاً . فبينما كانت المستشفى التقليدية شبه معزولة بشكل دائم تقريباً ، نرى المستشفى الحديثة متأصلة في الجماعة وعلى صلة وثيقة ووظيفية بها .

ويصبح الاستشفاء بحد ذاته معالجة . وقد نشأت معالجة جديدة يقال لها معالجة داخل المؤسسة (مؤسسية) وهي تشمل الطرائق التي تسهل إزالة الجنون وإعادة التكيف الاجتماعي للمريض . وتكوّن البيئة الاستشفائية مجتمعاً خاصاً له قوانينه الخاصة . ويمكن استخدام البيئة والنشاطات المختلفة من هو وعمل وصلات مع الخارج واتصالات متبادلة بين المرضى والهئية المشرفة على المعالجة ، من أجل غايات علاجية نفسية تضاف إلى نتائجها المعالجات المعتادة . وهناك ميل لتسهيل خلق بنى يشترك فيها المرضى ويكون لها أيضاً ، أكثر من ذلك ، مدلول تكيف جديد ، كلجنة أو هيئة تنظيمية أو ناد مثلاً .

وهذا الوصف يبقى نظرياً إلى حد ما ، ويصور مثلاً أعلى صعب المنال ، فتركة الماضي تنيخ بثقلها . والمستشفيات المبنية منذ 30 سنة هي صعبة التعديل تبعاً للمحاجات الجديدة . فإذا لم يكن اصلاحيها ممكن دائماً ، فمن الممكن ان نحسّن الجو فيها على ضوء المعطيات الحديثة . والمهم أن نتبنى سياسة تدعى «سياسة الباب المفتوح» التي تصبح بفضلها الخدمات المغلقة ، أي الخدمات التي يخضع فيها المرضى لرقابة دقيقة جداً ، ولا يستطيعون ان يفلتوا منها ، شاذة عوضاً عن أن تكون هي القاعدة . تلك هي الخطوة الأولى نحو إعادة تقييم المستشفى .

ومنذ عدة سنوات ، ظهر نوع جديد من الخدمة الاستشفائية ، هو الخدمة الطبية النفسية في المستشفى العام . وهذه الصيغة المنتشرة في أميركا أكثر من فرنسا تعرف رواجاً متصاعداً ، فالحسنات تتضاعف ومدة الاستشفاء تقصر والصلة بالبيئة المجاورة تبقى في أفضل الظروف الممكنة . وتؤمن للحالات الحادة معالجة سريعة تميل إلى الازمان أقل من

الماضي . ويشكل مرضى الطب العقلي على الأخص عينة مختارة تعامل من بعض الأوجه تقريباً كما يعامل المرضى الآخرون .

وهناك بنية قريية تتمثل بالمستشفى النهارية . وهذه المستشفى تكون منعزلة أو مرتبطة أيضاً بالمستشفى العام ، ان لم يكن بمستشفى الطب النفسي . فيمضي فيها المرضى النهار فقط ويستفيدون من ذات الامكانيات العلاجية كما لو كانوا داخل المستشفى . وهذا حل طيع واقتصادي معاً ، ومن جملة حسناته انه يؤمن من ديمومة العناية ، ويتأصل في البيئة الاجتماعية العائلية . وقد جُرب بنجاح في عديد من البلدان . ففي فرنسا كان أول إنجاز من هذا النوع مستشفى إيلان (Elan)النهارية في باريس . وهناك احتمال يقضي بأن يضاف إليها مستشفى ليلي ، فيستعمل التجهيز نفسه مرتين . وقد أنشئ أحد أوائل هذه المراكز في مستشفى مونريال العام في كندا .

وكل هذه الصيغ التي تركز على مبدأ الاستشفاء الكامل أو الجزئي يجب أن تتبعها خدمات خارج المستشفى . ولهذه الخدمات وظيفة مزدوجة في الكشف الباكر عن المرض وتحمل مسؤولية المرضى . وقد يعني تحمل مسؤولية المريض نقله إلى المستشفى عند الاقتضاء أو معالجته بطريقة نقالة . ويضم الفريق الذي يقوم بالعناية على الأقل ، علاوة على الطبيب النفسي وهيئة التمريض عالم نفس ومساعدة اجتماعية . وهناك أنواع عديدة من الخدمات خارج المستشفى : استشارات مرتبطة بدائرة من دوائر مستشفى عام أو مستشفى طب عقلي ، ومستوصف مستقل ومركز للصحة العقلية .

وتضاف إلى البنى القائمة خدمات الطوارئ التي تفرض نفسها دائماً في الأوساط المكتظة جداً بالسكان . وتنظم هذه الخدمات بطريقة تمكنها من العمل ليلاً نهاراً ، وتأمين كل الاستشارات الطارئة ، وهذا يعني المعالجة المباشرة أو الاحالة السريعة إلى المستشفى . ويضاف إلى هذه الخدمات في بعض الحالات وحدة تتضمن بعض الأسرة وتسمح بمراقبة

هذه الحالات . ويجب أن يوضع تحت تصرف هذه الهيئة (طبيب نفسي مساعد) وسيارات اسعاف وان تستطيع الانتقال إلى المنزل عند الضرورة القصوى . وتوجد منذ عدة سنوات بنى كهذه في بعض المدن الكبرى . ففي امستردام مثلاً ، تلحق هذه البنى بتنظيم خدمات العناية داخل المنزل . وتسمح هذه الصيغة الأخيرة المجربة أيضاً في فرنسا بالتصدي للازدحام في المستشفيات .

ان برنامجاً شاملاً للمساعدة يجب ان يأخذ بعين الاعتبار مشكلة إعادة انضواء المريض في المجتمع . ولهذا الغاية وضع عدد ضخم من الصيغ موضع التنفيذ وتؤلف هذه الصيغ باسمائها المختلفة - بيت مخفور ، مركز للعناية المسبقة ، مركز إعادة تكيف ، ناد اجتماعي - نوعاً من مرحلة وسيطة بين المستشفى والعالم الخارجي . فعوضاً عن ان يقذف بمستشفى الأمس في خضم الحياة ، في وقت لا يزال فيه طري العود ويكون غالباً مقطوع الأواصر العائلية ، فإنه يُستقبل اليوم بشكل انتقالي في وسط تسهل البيئة العلاجية فيه إعادة انضوائه في مجتمعه ويستطيع ان يتابع تحسنه بفضل الإحاطة الطبية الاجتماعية ونشاطات الفرقة وإجراءات إعادة التكيف . ويلعب المشغل المخفور ، وهو بيئة انتقالية أخرى ، دوراً مشابهاً . فهو يهدف إلى تسهيل إعادة التكيف مع العمل وإعادة التصنيف المهني . وبهذا المعنى يختلف عن دائرة الاهتمام العلاجية التي تدخل في نطاق المعالجة بمعناها الصحيح . وهذه صيغة يصعب تحقيقها فهي تفرض العديد من المساعدات وتفترض وجود هيئة مميزة وذات خبرة . ونجد من هذه الهيئة امثلاً بارزة في انكلترا واوراضي الواطئة وفي الاتحاد السوفياتي . ففي فرنسا لا يزال هذا النوع من الانجازات نادراً جداً . ونذكر تجربة لها أهمية خاصة ، لأنها تتوجه إلى البيئة الريفية ، وهي : مركز العناية المسبقة وإعادة التكيف الاجتماعي والزراعي في الغرب .

2 - الخدمات الخاصة

لا تنحصر المساعدة الطبية النفسية بهذه الهيئات فهي تشمل أيضاً خدمات خاصة تلبي طبيعة العوامل النفسية المرضية ومختلف فئات الأعمار . فإذا بقيت المبادئ الأساسية قيّمة ، فإن بعض التغيرات ترى النور . وهذه حالة دوائر خدمات الأولاد ودوائر خدمات المسنين ودوائر خدمات المرضى المزمنين .

وهذا يطبق أيضاً على بعض الفئات ذات التصنيف المرضي التي تطرح مثلاً مشاكل خاصة ، كالتأخر العقلي والادمان على الكحول وداء النقطة .

ودوائر خدمات الأولاد لا تختلف كثيراً عن دوائر خدمات البالغين . فإننا نجد ذات البنى داخل المستشفى وخارجها ، ومع هذا تختلف الأعمال العلاجية التمهيدية اختلافاً أساسياً . فالولد ليس مجرد مُصغر للراشد ، لأنه في أوج نموه يتعين أن نطرح صهيغاً توفر إمكانات مدرسية ملائمة ، لأن الولد يتعلق تقريباً ببيئته العائلية لوحدها ، لذا تعطى الأفضلية للمعالجات في المنزل أو إذا اقتضى الأمر وضع الولد في بيوت للتغذية .

وعلى سبيل الذكر ، نذكر إنجازاً مهماً جداً يتعلق بمقاطعة جنيف في سويسرا ، فالأمر يعود إلى الدائرة الطبية التربوية الشاملة والمنظمة تماماً التي تشتمل على قطاعات ثلاثة : قطاع التقصي عن المرضى الذي يتضمن تسهيلات للمعالجة الدوارة ، وقطاع التربية المتخصصة الذي ينقسم إلى صفوف خاصة مرتبطة بالمدارس ، وإلى مؤسسات لكل منها اختصاص معين ، وإلى قطاع أبحاث وتعليم لإعداد وتكامل الهيئة الطبية والهيئات التي إلى جانبها .

أما بالنسبة للمسنين الذين لا يكف عددهم عن الازدياد بسبب تزايد طول العمر ، فإنهم يتطلبون أيضاً خدمات غيب الطلب ، وغالباً ما

تتضمن الأعراض الطبية النفسية المزمنة المرشحة للظهور عناصر عضوية فتبدل كثيراً ، ولسنوات طويلة خلّت كان المرجع الوحيد هؤلاء مستشفى الطب النفسي . أما اليوم فعلى ضوء مبادئ المساعدة الحديثة ، يمكن لهيئات مختلفة أن توضع في مكان يؤهل المريض من تلقى عناية أفضل تكيفاً . أما الخدمات المتعلقة بأبحاث أمراض الشيخوخة والتي تنتشر في المستشفيات فإنها تهدى الأعراض المبرحة . وفي هذه الأثناء يجب أن يعالج المريض قدر الإمكان في بيته أو في بيت ما ، وهناك مراكز سكنية معدة خصيصاً لإقامة الأشخاص المعمرين . ولا يشار بالاستشفاء إلا عندما يصبح من الضروري إجراء مراقبة طبية ثابتة .

وإحدى أصعب المشكلات التي تطرح على المهتم بالعناية الصحية هي مشكلة الأمراض المزمنة . فقد مال عدد هذه المشاكل إلى التناقص منذ أن وجدت معالجات أكثر فعالية ، وخصوصاً منذ أن تبدلت المستشفى التقليدية . ومع ذلك فإن هذه المشكلة تبقى مهمة .

وبالطبع يستطيع كثير من هؤلاء المرضى أن يتكيفوا بشكل مرضٍ مع بيئة غير استشفائية ، فهذه حالة المصابين بانفصام مستقر في الشخصية حتى لا نذكر مثلاً آخر . وفي أية حال فإن كلمة مزمن يجب ألا تثير تشخيصاً غير مشجع قطعياً . فهناك مرضى تحسنوا في وقت لم يكن ينتظر شفاؤهم أبداً . وإذا حدث لشخص عدم استفادة من علاج مكثف فيجب أن لا يجرنا هذا إلى قطع المعالجات .

وقد جربت صيغ شتى في هذا الصدد فالبعض منها ليس جديداً في الحقيقة كالإقامة العائلية مثلاً . يستقبل المريض في بيت ريفي في الغالب وتؤمن له رعاية طبية اجتماعية من قبل مركز استشفائي . وتوجد في فرنسا منذ 1891 مراكز دينسير - أورون (Dunsur Auron) (للنساء) وايناي لوشاتو (Ainay - le château) (للرجال) . وتقوم صيغة أخرى فريدة من نوعها على تجميع المرضى في قرى ويعهد إليهم جزئياً الحكم والإدارة . ونذكر مثال قرية المزرعة (Mazraa) في إسرائيل . فهذه الحلول تعزى إما

إلى الإقامة الثابتة وإما إلى الانتقالية ، التي تمثل عندئذٍ مرحلة نحو العودة إلى التكيف .

وهناك مجال آخر يجب ألا يترك الطبيب النفسي غير مهالٍ وهو مجال التأخر العقلي . فعدد الحالات يتحدد حسب البلدان بـ 3% بالمئة ويتناول نسبة مئوية أكثر ارتفاعاً بين الطلاب في العمر الدراسي . وتختلف المشكلة تبعاً لما يقصد بالتأخرين البالغين أو الأطفال . ففي الحالة الأولى يكتفي غالباً بتبني الحلول التي تطبق على المزمّنين ، أما في الحالة الثانية فيجب أن نؤمن عدداً كبيراً من الخدمات ، يكون هدف البعض منها الكشف عن المرضى وتقييم الحالات وهدف البعض الآخر إلى إعادة التربية كالمدارس ، والصفوف المختصة ، والمشاغل المخفورة والخدمات داخل المستشفيات وخارجها والإقامات العائلية المختلفة الأنواع .. إلخ . ومن البديهي أن مؤازرة العديد من الاختصاصيين الطبيين وغير الطبيين هي ضرورة .

والخدمات التي تقدم للمدمنين على الكحول تشكل جزءاً لا يتجزأ من المساعدة الطبية النفسية . وتوفر طبيعة المشكلة بمظاهرها النفسية المرضية ومظاهرها الاجتماعية وكذلك ميل الأشخاص إلى الوقوع في نفس الانحرافات ، مظهراً خاصاً للحلول المقترحة . ويكون من المناسب التحسب لخدمات بغية معالجة الأعراض الحادة (خدمات داخل المستشفى تسمح بإهتمامات طبية نفسية) وخدمات تسهل العودة إلى التكيف الاجتماعي ، (خدمات خارج المستشفى ، عيادات العناية المبكرة ، نوادٍ اجتماعية) ومن المهم أن تركز العائلة في عملية المعالجة وأن يؤمن استمرار العناية . وفي الحالات القصوى حين يطرأ فساد عضوي ، قد نضطر إلى فرض استشفاء مطول أو فرض إقامة .

ولكي تكون الرعاية كاملة ، يجب أن نواجه عدة أنواع من المساعدة الطبية النفسية . فالذين يقعون بالنقطة ، قد يستفيدون من وصفات تناسب مرضهم ويتطلب مدمنوا المخدرات هيئات عديدة متخصصة

ويحدث الشيء نفسه بالنسبة لجنوح الفتوة والسلوك غير السوي الذي يقع تحت طائلة قانون العقوبات الجزائية . ولا مجال للقيام بأكثر من تعداد هذه الأنواع ، فمهما تكن الحلول يجب أن تليى حاجة الجماعة المقصودة وأن تأخذ البيئة الاجتماعية الثقافية بعين الاعتبار .

3 - التأزر الوظيفي

أن لجميع الخدمات التي أتينا على ذكرها وظيفة محددة ، فهي تؤلف مجموعة من الإمكانيات العلاجية التي تسمح بتأمين متابعة العناية مع التنبه إلى طبيعة العامل النفسي المرضي وتطوره وظروفه . ولهذا الغاية ، يجب أن تنصهر هذه الخدمات في مجموعة منظمة ، وهذا يفترض تخطيطاً .

وهذا التخطيط ليس مستطاعاً إلا في بعض الظروف فيتعين بالدرجة الأولى أن نعي السلطات العامة المشكلة ، ومن ثم يجب ألا يتعارض التشريع القائم مع برنامج عام . ففي العديد من الحالات لا بد من إعادة نظر بالقانون الصحي . وأخيراً من الضروري أن يكون هناك ملاكات مهنية مهيأة علاوة على الوسائل المادية الملائمة . وهذا يفترض درجة معينة من الإثراء الإقتصادي . فالتقرير العاشر لجمعية خبراء الصحة العقلية للتنظيم العالمي للصحة يوصي حتى بتوجيه النداء إلى المختصين بالتخطيط الصناعي .

ولا يوجد صيغة جاهزة تسمح بتطبيق برنامج لهذا البلد أو تلك المنطقة دون إعداد مسبق . ومع هذا من الممكن اقتراح بعض المبادئ العامة . وهكذا نفسح المجال لأن نخلق داخل وزارات الصحة هيئة مركزية تكلف بإعداد البرامج وتوجيهها . ويتعين من ثم أن نهمل إعداد ملاك طبي وآخر يساندنه ، حتى قبل وضع بني المساعدة في موضعها .

وبديهي أن المشكلة تطرح بشكل أو بآخر ، تبعاً لما يقصد بالبلدان النامية حيث المساعدة الطبية النفسية موجودة منذ فترة طويلة أو البلدان

التي هي في طور النمو والتي يبقى عليها عمل كل شيء .

إن فهم مخطط ما، ووضع موضع التنفيذ يفترضان معرفة عميقة بحاجات الجماعة . فمن الضروري إذاً أن نضع بتصرفنا إحصائيات حيائية ومعطيات قيمة عن علم أوبئة الأمراض العقلية وخصائصها الأساسية في محيط معين . ويجب أن نقوم أيضاً بجردة لمصادر الثروة . فانطلاقاً من هذه العناصر فقط ، يمكننا أن نجلد الأفضليات . فمن المستحيل اجمالاً تحقيق كل شيء في ذات الوقت ، وهذا ما يفرض علينا أحياناً أن نقوم باختيار صعب ويتبدل نظام هذه الأفضليات تبعاً لدرجة نمو البلد ونوعية المساعدة الطبية النفسية . ويكتفي أحياناً بتحديث وتكميل البنى القائمة ، وأحياناً يجب التخلي وقتياً عن بعض الخدمات على حساب خدمات أخرى أكثر إلحاحاً .

فكيف نحقق مآزر البرامج ؟ هناك حلان : الأول يرمي إلى أن نمّد عمل المستشفى الطبية النفسية باللجوء إلى خدمات خارج المستشفى نخدم بذلك المنطقة المجاورة ؛ والثاني يقوم على أن نعد فرقاً طبية اجتماعية لحماية الصحة النفسية ، وأن نلقي عليها المسؤولية الكاملة لكل المشكلات الطبية النفسية لمجموعة ما . ويوضع بتصرف هذه الفرق ، من حيث المبدأ . سلسلة من التنظيمات تسمح لها بمعالجة المريض حتى إعادة انطوائه في المجتمع . وهكذا يصبح مستشفى الطب النفسي وسيلة بين الوسائل الأخرى . فمن المؤكد أن هذه الصيغة الأخيرة هي الفضلى وهي التي تهتم أكثر من سواها بالمبادئ الحديثة للمساعدة .

إن معظم الإنجازات القائمة في كل العالم تقريباً ، تتأتى عن هذا التأزر وسنكتفي بذكر بعض الكلمات عن التجربة الفرنسية . فهذه التجربة تظهر جيداً الميل إلى مثل هذا التكامل . أن برنامج التنظيم والتجهيز المتعلق بالتصدي للأمراض العقلية (تعاميم وزارة الصحة في 15 آذار 1960 و 27 آب 1963) يجد طرق ارتباط نشاطات الصحة النفسية في القاطاعات الجغرافية والسكانية . فهذه التجربة مثلاً توصي بتأسيس

مراكز وقاية عقلية ، تعهد لفرق طبية اجتماعية في كل مراكز الأفضية والمدن المهمة أيضاً التي تعد أكثر من 20,000 نفس .

ويبدو الاختبار الرائد في الدائرة الثالثة عشرة في باريس كنموذج لهذا النوع من التنظيم إلى قطاعات ويتضمن الجهاز مركز استشارات للبالغين ، يتعلق به مستوصف لمعالجة المدمنين على الكحول ومركز استشارات للأولاد ، ومستشفى نهاري مع مشغل علاجي للبالغين ، ومستشفى نهاري للأولاد ، ومستشفى طبي نفسي يتسع لمئتي سرير لخدمة القطاع ، ومستوصفات ، وخدمات طبية تربية ونوادٍ للمرضى القدامى .

والدائرة مقسمة إلى ثلاث قطاعات دنيا تحوي تقريباً 60,000 نفس وكل منها تعهد إلى فريق طبي اجتماعي وتؤمن هذه الفرق ، انطلاقاً من مركز للبالغين ومركز للأولاد ، الإستشارات ، والعناية الدّوّارة (من معالجات بيولوجية ، ومعالجات نفسية ، وإعادة التربية والإسترخاء) والعناية في المنزل والعناية في الحالات الطارئة . ويأخذ الفريق ذاته على عاتقه المسؤولية الكاملة عن المريض منذ قبوله وحتى تخليه سبيله ، ويتبعه عبر المؤسسات المختلفة لهذا القطاع .

وأن التعاون الوثيق بين مركز الصحة النفسية للبالغين ومركز الأولاد ، مما يسهل معالجة الأهل عند الإقتضاء . وأن التوجيه على سائر الأصعدة ، هو علاجي - نفسي وتستخدم فيه تقنيات إعادة صقل اللغة والعملية الحركية النفسية استخداماً واسعاً .

4 - البرامج

يتعين على برامج التجهيز فيما يتعلق بالصحة النفسية أن تكون ذات أغراض محدودة . فيجب أن تكون واقعية ، أي أن تأخذ بعين الإعتبار الإمكانات الواقعية للبلاد ، وأن تنتشر تدريجياً ، انطلاقاً من الوسائل المتوفرة ، وتجد هذه المناهج إطاراً لها في الوقاية الثانوية والوقاية الثلاثية .

فهي تهدف من هذه الوجهة ، إلى تقليص مدة الأمراض العقلية بالمداخلات التي تعني بالمراحل المختلفة للعامل المرضي .

وتتعلق فعالية هذه البرامج ، ليس فقط بالطرائق العلاجية المستعملة ، وإنما بمجموعة من التقنيات والإجراءات الاجتماعية التي تنجم عن الوقاية العامة . فقد ولى اليوم الذي كان يكتفي فيه الطبيب النفسي بأن ينتظر مجيء المريض ليستشيريه ، فعليه اليوم أن يذهب ليفتش عن المريض هو . وتساعده بنيات المساعدة الطبية النفسية الحديثة على الإضطلاع بهذه المسؤولية الجديدة . فقد أصبح الطب النفسي اجتماعياً وهو يتغلغل في المجموعة .

ويتحقق الوقاء الثانوي بفضل المعالجة الباكورة والمعالجة السريعة الملائمة ، وللأسف لا تزال المعالجة في حالة الطب النفسي الراهنة معقدة نوعاً ما . فهي تتطلب فحصاً عيادياً دقيقاً . وهي تفترض معرفة عميقة بمحيط المريض ، وكل هذا يتطلب وقتاً طويلاً . وإذا كانت الرواثر النفسية تقدم مساعدة قيمة ، فإنها لا تحل أبداً محل الإستشارة الطبية النفسية . فهل المقصود أنه ليس من أمل بتحسين تقنيات المعالجة ؟ بما أن هذه التقنيات مرتبطة بالطبيب النفسي وترتكز على الطريقة الكلاسيكية للمقابلة ، ففي هذا المعنى يجب أن نحاول التأثير على هذين العاملين . ومن الممكن أن نخفي إعداد الطبيب النفسي بأن نلقت انتباهه أكثر إلى المظاهر الاجتماعية للأمراض العقلية . فهناك مجال أوسع لأن نشرك الفريق الطبي الاجتماعي بكامله في تحديد المعالجة .

أما بالنسبة للمعالجة فإنها مرتبطة بالبقى القائمة داخل المستشفيات وخارجها ، وبالطرائق العلاجية المألوفة . وتبقى هذه المعالجة في معظم الحالات تجريبية . فيفرض إذاً اختيار من الاختيارات ، وتعلق الأهمية في إطار برنامج الوقاية على الإقتصاد في الوسائل لقاء الفعالية المناسبة . وتخلق المعالجات البيولوجية قليلاً من المصاعب . وبالرغم من بعض التعارض في الرأي فإن تعليقات هذه المعالجات البيولوجية محددة بوضوح

تام . وبالمقابل ، فالمعالجات النفسية مرتبطة أكثر بكثير بالتقسيم الفردي والمفاهيم المذهبية . ومن المناسب اختيار الطرائق السريعة ، والمعالجات النفسية التي لها طابع الدعم ، أو المعالجات النفسية ذات المنطلق التحليلي . وعلى الصعيد العملي ، فالتائج هي التي يجب أن توجهنا .

ومن البديهي أن المعالجة لا تكون مبكرة ونافعة إلا إذا وضع المريض على صلة بدوائر الخدمات الطبية النفسية منذ بداية مرضه . وعلى برنامج الوقاية أن يقدم إذن تسهيلات بهذا المعنى . والأمر بسيط . فعلى ، انطلاقاً من البنى ، القائمة مع الإلتباه إلى طاقة الإستيعاب لدى هذه الدوائر ، أن نشجع الإستشارات وننظم التقصي المنهجي عن المرض . ويحال المريض النفسي في العادة (إلى طبيب نفسي) بواسطة طبيبه ، أو الدائرة الإستشفائية ، أ عائلته أو أصدقائه أو خدومه . وقد يكون مرسلاً أيضاً من قبل هيئة إجتماعية أو إدارة ، فهناك فائدة في أن نعلم مختلف هذه المجموعات عن إشارات بداية العوارض المرضية . تلك مسألة تربوية صعبة في ميدان الصحة النفسية .

والأمر ليس سهلاً بالنسبة للكشف عن المرض ، فلا يوجد رائر أو امتحان مشابه لتلك الروائر التي تستخدم في حملات الوقاية من السل . فيجب أن نعود بشكل شبه دائم إلى تقنية المقابلة فهي قد تكون أحد الأسباب التي يسببها في معظم الأحيان ، ينحصر الكشف عن المرض بمجموعات خاصة (كالمدسة) أو يحدث بمناسبة انتقاء موظفين (للجيش أو العمل) . وفي الحالة الراهنة ، بحسب معلوماتنا ، يجب الإعراف بأن لهذا الكشف عن المرض دور محدود .

وبما أن الوقاية الثلاثية تتوجه إلى التقليل من عواقب المرض . فهي تتعلق تعلقاً دقيقاً بالخدمات التي تسبق العناية وبمختلف الصيغ التي تسمح بإعادة التربية ، كإعادة التكيف مثلاً . وتبدأ الوقاية حال تعهد المريض . وعلى المعالجة أن تركز حول إعادة الإنضواء الإجتماعي وإلا فإنها تفقد معناها كلياً . وتتم هذه الوقاية ، على أفضل وجه ، عندما يتبع

ذات الفريق المعالج المريض طيلة مرضه . ونكرر ، أن هذا ليس مستطاعاً إلا بفضل ترابط البنيات داخل برنامج المساعدة الطبية النفسية .

ويرد برنامج الوقاية الثلاثية إلى قواعد ثلاث تدعم المبادئ العلاجية : تجنب قطع العلاقة مع المحيط المجاورة ، تكييف المريض للعودة إلى بيئته ، وإعداد هذه البيئة لاستقباله . فلا يكفي أن تقدم البنيات مساعدة في ذلك ، فعلى الفريق الطبي الاجتماعي أن ينفخ الحياة في هذه البنيات ، ويفترض تجنب قطع العلاقة استشفاء قصيراً ومعالجة في البيئة عندما يستطاع ذلك ، واللجوء إلى خدمات خارج المستشفى ، والعلاقة العادية المعقودة مباشرة مع المحيط ، وقدرة المريض على الاستفادة ، وهو تحت المراقبة ، من تخلية سبيل تجريبية واسهام العائلة في مراحل المعالجة . ويتعين على الطبيب النفسي ومساعديه أن يضعوا في ذهنهم دائماً واقعاً هو أنهم لا يعتنون بمريض منعزل ، عنده هذا القدر من المرض النفسي ، وإنما بمريض موجود في وضع معين له امتداداته بين الأشخاص وجوازمه الاجتماعية .

وسيكون من السهولة بمكان إنجاح إعادة الإنصواء الاجتماعي ، حتى أن المريض سيجر تدريجياً إلى ذلك . فالإستخدام النفسي للإمكانات إعادة التكيف ، والمقدار الحكيم لمختلف الصيغ يساعد على تجنب الركود والإسراع في العودة ، إلى الحياة العادية ، وهذا ضروري خاصة عندما يتذكر المرء نزعة الأمراض النفسية للانتقال إلى مرحلة الإزمان ، وهذه المرحلة هي من وجهات نظر عدة ، الأهم منذ تعهد المريض . فهي تفترض بالطبع أن تكون البيئة مهيأة لاستقبال المريض ، وإذا كان المحيط المباشر قد علم بالأمر منذ بداية العارض ، وإذا كان قد أوصل إلى الإضطلاع بمسؤولياته ، فإن هذه التهيئة ستتحقق دون أية صعوبة تذكر .

الوقاية الأولية

رأينا أن الوقاية الأولية ، في مفهومها الدقيق ، لا تستعمل كثيراً في الطب النفسي . وهذا لا يعني أنها لا تطبق إلا في الأعراض المزمنة ذات الأسباب المعروفة . فمعظم الأمراض النفسية والعوارض ذات الأصل الإنفعالي تتأق عن عوامل عديدة يمكن التأثير عليها ، حتى ولو لم يعرف لها سبب وحيد وواضح .

وهناك مجال لأن نتساءل عن معنى هذا النوع من الوقاية ، وأن نحاول استجلاء حدودها . فلا نستطيع ، إلا بعد ذلك ، أن نرى كيف تتحقق هذه الوقاية عبر أية بنيات ومساعدة أية برامج . لذا يجب أن نتناول هذه الدراسة بذهن ناقد . فنشاطات الصحة النفسية ، غالباً ما تثير بالفعل حماساً مفرطاً . فهي تعرض طوعاً كدواء شافٍ لكل الأمراض ، تحرك العديد من أصحاب النوايا الطيبة الذين ليسوا دائماً على اطلاع كافٍ ، وهنا يبدو أن تقييماً واقعياً بدأ يفرض نفسه .

1 - معنى الوقاية وحدودها

لقد أبرزت دراستنا للشخصية والعوامل التي تؤثر في تكوينها حدثاً مهماً . فلكي ينمو الكائن البشري ويبقى على مستوى مرضٍ من الصحة النفسية ، عليه أن يعيش ضمن مجموعة من الشروط الملائمة . فعلى ضوء آخر تحليل ، تطابق هذه الشروط عدداً مماثلاً من الحاجات الأساسية .

وهذه الحاجات هي بادئ ذي بدء حاجات مادية ، تتعلق بالبيئة الفيزيائية ، وهي من ثم حاجات نفسية واجتماعية - ثقافية . وعلى علاقة بالبيئة البشرية ، وخصوصاً مع العائلة وأدوار الحياة الاجتماعية المختلفة .

وقد يخطر بالبال أنه إذا صددت هذه الحاجات ، فإن الشخصية تجد نفسها في أدنى حالات المقاومة . وقد تتعرض لظهور إشارات من التوتر ، يرجح أن تؤدي إلى عوارض نفسية مرضية .

وذلك انطلاقاً من عتبة معينة تتأثر بقوة الأنا والتساهل أزاء المكبوتات . وهذا القول يعكس كل العمل الوقائي ، فينتج عن ذلك أن حماية الصحة النفسية تفترض اشباع الحاجات الأساسية . كما ينتج أيضاً أن الوسيلة الفضلى ، إن لم تكن الوحيدة ، لإعاققة ظهور العوارض النفسية المرضية هي البحث في التأثير على الأوضاع المرضية بشكل مناسب .

وتدخل في هذا الإطار كل الإجراءات التي تُسهم في ذلك بدرجات متفاوتة . وهناك فائدة في أن نميز الإجراءات العامة ذات التأثيرات غير المباشرة ، والإجراءات الأكثر تخصصاً التي تعطي لذاتها هدفاً أساسياً ، إن لم يكن وحيداً ، هو حماية الصحة العقلية . فالإجراءات الأولى تتجسد في المؤسسات الاجتماعية وتصدر عن الجهاز التشريعي ، والثانية تركز على بنيت المساعدة وتتفق في معظم الأوقات مع خدمات المساعدة أو الاستشارات .

وتفتح الأسس العلمية للوقاية الأولية باباً للنقاش ، فيستحيل ربما أن نبرهن أن تدخلاً معيناً يمنع ظهور العصاب النفسي ، فتعدد الأسباب الممكنة ، وعدم معرفة تأثيراتها الواقعية ، وصعوبة الأبحاث المعمقة تجعل نصيب الفرضية كبيراً ، وهذه الملاحظة لا تنفي لدحض نشاطات الصحة العقلية ، فهي بالكاد ترسم حدوداً لها .

ويدعو من المتفق عليه ، أن بعض المواقف ، ذات الطابع العائلي أو الاجتماعي يصبحها انعكاس أكبر من الأعراض النفسية المرضية . ونحن نعرف مثلاً أن الأولاد المحرومين من العاطفة والعناية ينمون أقل من سواهم ، ويتعرضون فيها بعد ، بنسبة أكبر ، لصعوبات في التكيف عندما لا يكون الأمر مرضاً نفسياً حقيقياً . فالمنطق بالذات يأمرنا بأن نتدخل . ولكن ارتباطاً من هذا النوع لا يسمح لنا بأن نتوصل إلى علاقة . سبب بآثر ، وهناك مثل آخر أكثر تعقيداً هو مثل الجنوح الطفولي . فنحن نجهل لماذا يصدر عن ذلك المراهق ذلك التصرف . ولكننا نعلم أن عوامل عديدة اجتماعية - ثقافية تتدخل في الأمر . ويمكننا أن نكتشف عند الشخص ، إما مصاعب بسيطة في عدم التكيف ، وإما عناصر مرضية . ألا يكفي هذا لتبني اجراءات قد تؤدي إلى النتائج المرجوة ؟

يبدو إذن أن العمل الوقائي له ما يبرره . ويدون شك ليس بإمكاننا التأثير على الأسباب الحقيقية للعوارض النفسية المرضية ، وتبدو معلوماتنا ، بالمقابل ، واسعة بما فيه الكفاية لتعطي كل معناها لإجراءات تمهيدية عملية . ولقد أشار كتاب عديدون إلى أن الوقاية النفسية تجدد نفسها تقريباً في النقطة التي كانت عليها الوقاية العامة في نهاية القرن الماضي . ففي ذلك الوقت ، كان العلم بأمر الأمراض مجهولاً بالنسبة لعدد كبير من الأمراض المعدية ، وكان يتم التوصل ، بالرغم من كل ذلك ، إلى استباق حدوثها بفضل قواعد للصحة ناتجة عن مفاهيم غامضة تماماً عن طرق نقل الجرثومة ومصادر العدوى .

وتسبق المعرفة التجريبية عادة المعرفة العلمية . وتاريخ الطب مليء بالأمثلة التي تبرهن كيف ظهرت الإرشادات الوقائية ، انطلاقاً من ملاحظات عرضية ، وأن هذه الإرشادات لم تبرر صحتها العلمية إلا بعد ذلك بوقت طويل . ويكفي أن نفكر بالتاريخ الكلاسيكي للجراح الإنكليزي سنو (snow) الذي نزع مقبض مضخة بئر ، كان يزود بالماء

حياً كاملاً من أحياء لندن ، بغية التصدي لوباء الكوليرا ، ولم يكن يعرف هذا إلا علم الكشف عن الأمراض ، ولا علم انتشار وبائها ، ولكنه نجح في التعرف إلى الظروف التي كانت قائمة عند ظهور المرض .

2 - الإجراءات العامة

أن الإجراءات العامة التي تثيرها الوقاية الأولية تفرض مجتمعاً واعياً لمسؤولياته ، ومركزاً على القيم الإنسانية ، ومتطوراً كفاية على الصعيد الإقتصادي وكذلك على الصعيد الثقافي . لأن هذه الإجراءات ترتبط بكل التنظيم الإجتماعي لبلد من البلدان ، وهي تتجاوز كثيراً نطاق الطب النفسي ، وتبني على معارف صادرة عن الأنظمة الأكثر تنوعاً . وهي تستنجد بكل المهن التي موضوعها الإنسان ، وتعبر عن ذاتها بنشاطات تهدف بالمختصر إلى تحسين النظام الإجتماعي .

أما فيما يخص الحاجات المادية ، فنحن نعلم أن الحد الأدنى منها ضروري . يضاف إليها كل ما يؤدي إلى تحسن في مستوى حياة الجماعة . فالتصدي للعوز ، وتحسين السكن ، وإعادة النظر في رفع أجور العمل ، تشكل العديد من الأمثلة . وكل ما يسهم في رفع مستوى الصحة أيضاً ، من تحسين الوقاية العامة ، والتغذية ، والتنظيم الصحي ، وحملات الكشف عن الأمراض ، والإحتياط للحوادث من أية طبيعة كانت .

ويجد قسم مهم من الحاجات الإنفعالية مادة له في البيئة العائلية . ولهذا ، ليس من تشريعات صالحة إلا تلك التي تعزز العائلة وتحفظ وحدتها . فالإعانات العائلية لا تكفي ، ويتيسر المجال لكي نتحسب لمجموعة اجراءات غالباً ما تتبع بعمل الهيئات الخاصة المعدة لدعم التوازن العائلي في حالة المصاعب : كشغل الأم ، أو غياب طويل ، أو استشفاء ، أو وفاة أحد الوالدين ، أو عدم كفاية اقتصادية ونفسية في البيئة ، والهجر أو الخلاف مثلاً . ففي المجتمع المنظم جيداً تحتل العائلة

مكاناً طليعاً . ويندمج الولد بشكل طبيعي في مختلف البنيات . فهو لا يحيا فقط لأنه سيصبح بالغاً . فحقوقه معتبرة ومعترف بها ، وهي مبنية على ذات القوانين التي تنظم تكوين شخصيته .

فمن هذه الوجهة ، يكتسب التشريع المتعلق بالطلاق أهمية بالغة فقي أية ظروف يمنع الطلاق ؟ وماذا يحل بالأولاد ؟ واستناداً إلى أية معايير يعهد برعايتهم لهذا أو لذلك من الزوجين ؟ وما هي الإحتياجات المتخذة لتجنب العواقب الوخيمة للصحة النفسية ؟ فالإجابات على هذه الأسئلة تتعلق تعلقاً واضحاً بالوقاية الأولية . ويصح القول ذاته عندما يصبح ضرورياً إبعاد ولد من الأولاد عن عائلته لإستلام وظيفة مثلاً . ولندكر أيضاً التبني الذي يجب أن تعكس مظاهره الإدارية المعطيات النفسية الأكثر حداثة .

بعد العائلة تأتي المدرسة التي ، بالإضافة إلى دورها المزدوج ، في نقل المعلومات والإعداد ، تمثل ليس فقط أفضل ناقل للتربية الصحية ، وإنما أيضاً الوسط الذي تبني فيه الشخصية عبر عامل التكيف الإجتماعي . فلهذه الأسباب يدعي النظام التربوي للعب دور جوهري في الوقاية الأولية . وكل ما يمس ذلك من مبادئ أساسية وتنظيم وارتباط ، وإعداد المعلمين ، من ضمن عوامل أخرى ، يجب أن يستوحي مبادئ الصحة النفسية .

وتعقب سنوات الإعداد فترة النضج ، وهي الفترة التي يضطلع فيها البالغ بأدواره الرئيسية . فعلى المجتمع ، بمؤسساته وتنظيمه الداخلي ، أن يشجع الإنخراط في العمل ، أي العمل القيم المبني على الحاجات الواقعية للشخصية . وعليه أن يوفر امكانيات التعبير والفتح المعقولة . ومن البديهي : أن لهذا الوصف بعض السمات الطوباوية ، وليس أقل بداهة من أن حماية الصحة النفسية تتطلب محاولة للإقتراب من هذه السمات قدر الإمكان .

وتلجأ الشيخوخة بمشاكلتها الخاصة إلى العديد من الإجراءات

الإحتياطية ، فالوضع في الإنفرد مثلاً غالباً ما تتبعه نتائج وخيمة على صعيد الصحة النفسية .

وفي هذا المجال لا تهتم بعض التشريعات مطلقاً بالأمور البشرية . وعلى منظمة الإستخدام أن يكون بمقدورها السماح لعدد من الأشخاص المعمرين بمتابعة الإهتمام من أجل مصلحتهم العليا ومصلحة الجماعة . فالعزلة التي تلحق بالعديد من المسنين ، خصوصاً في أوساط المجتمعات الحديثة المدنية ذات التأثير المرضي المعروف ، يمكن أن تبررها هي أيضاً ، الوقاية الأولية . ومن الممكن أن نموه هذه الوقاية الأولية بعدة أشكال : بصيغ اسكان خاصة ، بمعونات كافية ، بنشاطات ثانوية ، وكذلك بتنظيم أوقات الفراغ .

وتجد الوقاية الأولية أيضاً ميدان عمل لها في المواقف الإجتماعية غير الإعتيادية التي تتضمن أخطاراً على الصحة النفسية . وخلافاً للأزمات الحياتية التي تتطلب مساعدة على الصعيد الفردي ، فهي تستدعي في معظم الأحيان إجراءات عامة وتسبب الكوارث والحوادث والنزاعات الإجتماعية عند العديد من الأشخاص توترات وظواهر عدم تكيف . وهكذا القول عن الظروف غير المشجعة التي تتعرض لها بعض فئات من الأقلية داخل مجموعة من المجموعات ، فالهجرة الداخلية ، وتنقلات السكان تنطوي على مخاطر . وفي العديد من الحالات ، يمكن أن تمحو هذه المواقف ، فالهم اذن معرفتها في حينها ووضع الترتيبات التي يجب فرضها .

3 - الهيئات المختلفة

تنعم الوقاية الأولية بثلاثة أنواع من المقومات : التجهيز الطبي النفسي ، الخدمات الإجتماعية وبعض الهيئات المختصة . وسنشير إشارة سريعة إلى دور الخدمات الطبية النفسية وأيضاً إلى تلك الخدمات التي تتعلّق بالتجهيز الإجتماعي لبلد ما ، لنصف فيما بعد بعض الصيغ الأكثر تخصصاً بالموضوع .

إن الهيئات المختلفة للمساعدة الطبية النفسية تهتم تماماً ، وبشكل مدهش ، بنشاطات الوقاية الأولية . وهذه الوقاية توافق إذن الوقاية الثانوية والثلاثية . فإنشاء دوائر الخدمات في الجماعة وتكوين ملاكها المتعدد المذاهب يجعل تربية المجموعة ، وكذلك التدخلات الوقائية ، أكثر سهولة ، فبمناسبة استشفاء فرد من أفراد العائلة أو أثناء استشارة ما ، غالباً ما يتمكن الفريق الطبي الاجتماعي من الكشف عن الأوضاع الحرجة ، أما بالنسبة للخدمات الاجتماعية ، فإن دورها من ناحية حماية وترقي الصحة النفسية ، وإن كان غير مباشر ، فهو لا يقل أهمية عنها . وبالفعل فإن هذه الخدمات تؤلف شبكة هامة متطورة إلى حد ما تبعاً للبلدان . ففي فرنسا مثلاً تتناول الخدمات الاجتماعية كل مظاهر الحياة الوطنية . فهي تدخل بعمق في الجماعة ، كما يدل على ذلك تعداد بسيط لمجالات نشاطها الرئيسية ، من حماية للأمومة والطفولة ، والوقاية الاجتماعية ، والحماية الصحية ، والصحة المدرسية والجامعية ، والطفولة غير المتكيفة ، والجنوح ، وأولاد الشهداء الذين تهتم بهم الدولة ، وبعض الفئات الخاصة من الأشخاص ، كالنازحين والعمال الأجانب ، والمعتقلين ، الخ . . . يضاف إلى ذلك الخدمات الاجتماعية للمجموعات العامة في نظام الأمن الاجتماعي ، وشركات التأمين المهنية وكذلك المبادرات الخاصة ، دون أن نتكلم عن العديد من الجمعيات الخاصة أو الأعمال المعتبرة ذات منفعة عامة والتي تركز نفسها للمساعدة بجميع أشكالها .

إن الخدمات الاستشارية تمثل وسيلة عمل وقائي أكثر تخصصاً فهي تركز على مسلمة ترى أنه من المستطاع التأثير على بعض المواقف الخطرة على الصحة النفسية ، إما بتخوير الظروف بواسطة تدخل اجتماعي ، وإما بتقوية عوامل الدفاع عند الشخص ، أو بتعليمه كيفية مواجهة مصاعبه . فليس المقصود إذن علاجاً نفسياً بالمعنى الصحيح ، فإن التدخلات تدل بالأحرى على تقنيات تربوية أو ما يسمى بالاستشارة (Counselling) ويتم العمل بشكل أفضل بواسطة حلقات نقاش .

وتهدف معظم هذه الهيئات إلى صون وحدة العائلة ، وتدارك تفككها . والإختبار المتراكم منذ عدة سنوات يرر ، كما يبدو ، وجود هذه الهيئات . فمن بينها نذكر بادية ذي بدء ، هيئات التهيئة للزواج ، ومراكز الإستشارة للمتزوجين . فكثرة الخلافات بين الأزواج ، ونسبة الهجر أو الطلاق ، ونتائجها المشؤومة في الغالب على الأولاد ، تحمل لهم أعظم النفع . فالشباب هم عادة حائرون وقلقون عند انخراطهم في الحياة الزوجية ، فقد تسمح لهم مساعدة نيرة بأن يعوا أنفسهم ، والأحداث التي تنتظرهم تتبعها في الغالب نتائج مشجعة . فالزوجان يتعرضان بنفسهما لمصاعب ، أو يجتازان أزمامات قد لا يتوصلان دائماً إلى السيطرة عليها لوحدهما . وهنا أيضاً يفرض التدخل بغية تجنب عديم الرجوع إلى التوتر .

وهناك صيغ أخرى تهدف إلى مساعدة الأهل في عملهم التربوي ، فبفضل اللقاءات المنظمة ينتهز هؤلاء الفرصة لمناقشة مشاكلهم المشتركة ، وللإطلاع على المبادئ الأساسية في التربية . ومن الصعب أن نتصور إلى أي حد يرى أزواج هذا العصر أنفسهم عزلاً أما مسؤولياتهم العائلية . فيكفي أن نحضر إجتماع مدرسة للأهل ، مثلاً ، لناخذ علماً بذلك ، ولنتبين القيمة البالغة لهذا النوع من النشاط .

وأخيراً ، هناك صيغة أخرى ، طريقة نوعاً ما ، تعرف انتشاراً كبيراً خصوصاً في أميركا وتهدف إلى المساعدة في الكشف عن إشارات التوتر عند الأشخاص الأسوياء في الظاهر وتهديتهم في الفترة الحرجة فيأتي الزبائن من تلقاء أنفسهم أو يُرسلون من قبل الدوائر العديدة . ويطلب منهم أثناء المقابلة التحدث عن نشاطاتهم وعلاقاتهم مع الأشخاص الآخرين ، وعن عائلتهم وأزواجهم وعملهم ، وبالمختصر عن كل ما له صلة بوجودهم ، ويكون هكذا من المستطاع تقييم شخصيتهم بطريقة سطحية ، ولكنها كافية أحياناً لتقديم نصائح ذات جدوى .

4 - التربية الصحية

على الوقاية الأولية ، لكي تؤدي دورها ، أن تحدث تغييرات في المجتمع وعند الأفراد . فالتغيرات الاجتماعية هي نتيجة أحكام تشريعية ، أو بشكل مصغر ، هي التأثير على المحيط بغية إحداث تغيير على المواقف الخطرة على الصحة النفسية . فالتغيرات الاجتماعية يُقابلها تحولات في المواقف وخصوصاً في السلوك .

ويبنى العنصر الوقائي على التربية عبر المؤسسات ، ومن خلال الهيئات . فهو يعني إذن أكثر من مجرد نقل للمعلومات .

وتدخل تربية الصحة النفسية في إطار التربية الصحية . فهي تشترك معها في تقنيات مماثلة . بعضها يركز على وسائل إعلام جماهيرية ، والبعض الآخر على طرائق المجموعات . وهي تتوجه إلى الجميع ، إلى الأصحاء وإلى المرضى وعلى الأخص إلى بعض البيئات المختصة التي تلعب دوراً هاماً في الجماعة . وتشمل وسائل اعلام الجماهير المنشورات والصحافة والفيلم والمذياع والتلفزيون . وليس من الجائز أن نجعل من هذه الوسائل مجرد دراسة سطحية .

وسنكتفي إذن بأن نلفت الإنتباه إلى هاتين النقطتين . النقطة الأولى هي أن التربية الصحية ، وعلى الأخص التربية النفسية قد تسبب إثارة للقلق . فمن الأجدر إذن أن يكون المرء حذراً للغاية ، وألا يلجأ إلى الوسائل المختلفة إلاً بدراية ، وفي مجال معين . والنقطة الثانية هي أنه ليس من المؤكد أبداً أن هذه الطرائق تعطي نتائج قيمة ، فهي على الأقل في استعمالها المألوف لا تساعد كثيراً في تخطي المستوى الإعلامي . لذا يجب الإحتراس من المبالغة في تقدير أهميتها .

ونادراً ما تُقنع الأفكار بدون مساهمة إنفعالية . فهي تولد تلاحماً في الظاهر ، ولكنها لا تبدل كثيراً في السلوك ، لذلك يجب تفضيل التقنيات الشخصية جداً . كنقاش الحلقات مثلاً ، فالحلقة بدديناميكيها

الخاصة ، تسهل استرجاع الوعي للمشاكل فتؤثر بدرجات متفاوتة على تصرف أعضائها وتحدث في الغالب التغيرات المنشودة . والعلاقة داخل الجماعة هي أيضاً أكثر فعالية من العلاقة الفردية . فليس من المصادفة إذن أن تلجأ إلى مثل هذه الصلة معظم الهيئات المهتمة بالعمل الوقائي .

فما هي أهداف التربية في الصحة النفسية ؟ إذا كان المقصود بذلك كافة الناس ، فإن نشر التعليمات حول بعض مظاهر علم نفس الأسوياء وعلم النفس المرضي في إطار كالإعلام مثلاً ، له قيمة تربوية بكل معنى الكلمة . وهذا ما يفرض انتقاءً أصعباً في غالب الأحيان ، فيجب أن تقتصر على الوقائع المرسومة بدقة والتي تنسجم مع التعميم العلمي . وعلينا أن نتجنب اللجوء إلى النظريات الكثيرة التعقيد وألا نسيء استعمال المفردات التقنية .

ويستحق العديد من المفاهيم أن يُعرض ، فالمواضيع لا تنقصنا : معنى الإنفعالات ، تكوين الشخصية ، دراسة العوامل التي تؤثر عليها ، العلاقات بين الأشخاص ، إمكانيات المعالجة ، تنظيم المساعدة الطبية النفسية ، هذا لكي لا نذكر إلا بعض الأمثلة . وهناك فائدة أيضاً في الحديث عن الأحكام المسبقة من أي نوع كانت وعن بعض المشكلات الخاصة ، كالإدمان على الكحول والتعود على المخدرات والجنوح .

وما يهمننا هو الروح التي تواجه بها هذه القضايا الحساسة أحياناً . وهذا العرض يجب أن يدعو إلى الإطمئنان . وهذا يستدعي وجود أهداف محددة تحديداً واضحاً . وإن إعلاماً ملائماً وعلى دفعات متناسبة ، قد يساعد الناس على فهم لأنفسهم فهم أفضل وعلى فهم الآخرين . ويوفر هذا الإعلام العناصر الضرورية لضبط الظواهر النفسية التي ظلت سحرية حتى هذا الوقت . وينقي شبكة العلاقات الإجتماعية ، ويؤدي إلى إعادة توجيه وتقييم أصوب لتقنيات الطب النفسي .

أما في البيئات المختصة ، فلا يكفي نشر مفاهيم مختصرة جداً . فلدينا مجال لأن نتحسب لإعداد حقيقي واسع نوعاً ما . وبالفعل فإن هذه

البيئات مدعومة للإسهام في التربية الصحية للجماعة . وهذا مطلوب من الهيئة الطبية ، وإكليروس كل الطوائف ، وكذلك الهيئة التعليمية . فهذه المجموعات تشغل مركزاً مرموقاً في المجتمع وأثرها يطل عدداً كبيراً من الأفراد .

فالتبيب يرى مرضاه في معظم الأوقات في ظروف حرجة بل دراماتيكية ، فكل تدخل من تدخلاته مناسبة للتربية الصحية ، ولوقاية الصحة النفسية عند الإقضاء . والكاهن والواعظ يتغلغلان بعمق في حياة طوائفهما . فغالباً ما يُهرع إليهما في أوقات الأزمات : في المآتم والمآسي والمصاعب . فهذه دائماً ظروف مناسبة للعمل الوقائي . أما بالنسبة للمعلم ، فإن أثره موقوف على فترات حاسمة في الحياة : في الطفولة والمراهقة . وربما أنه يتحمل ، دون أن يدري ذلك بوضوح ، أضخم المسؤوليات على صعيد الصحة النفسية .

حركة الصحة النفسية

أصبح بإمكاننا منذ خمسين سنة وثيق أن نتحدث عن حركة للصحة النفسية . فقد حدثت أثناء هذه الفترة القصيرة نسبياً معظم التغيرات التي ذكرناها سابقاً ، وتكون شيئاً فشيئاً هيكل مذهب حقيقي لهذه الحركة . واكتسبت الوقاية النفسية اليوم وجوداً خاصاً . فهي لا تختلط بالطب النفسي ، لكنها تشترك مع عدة علوم أخرى وتندرج في الإطار الواسع لعلم الوقاية العامة .

وإذا كانت حركة الصحة النفسية مسؤولة جزئياً عن هذا التطور فإن عوامل أخرى لعبت دوراً وتركت تأثيرات عديدة . يبقى أن أهمية هذه الحركة تستحق أن نتوقف عندها . وستكلم إذن ، بعد لمحة تاريخية ، عن مظاهرها القومية والدولية لكي نتساءل فيما بعد عن مستقبلها .

1 - لمحة تاريخية

ترجع حركة الصحة النفسية إلى جمعية الوقاية النفسية التي تأسست عام 1908 في ولاية كوناتيكت في الولايات المتحدة الأمريكية . وتعود المبادرة في ذلك إلى كليفورد وتنغهام بيرز الذي كان عمره حينئذ 32 سنة . ففي ذلك العام نشر بيرز الكتاب الذي كان سبب شهرته : «العقل الذي وجد نفسه» «A mind that found it self»⁽¹⁾ . ففي هذا الكتاب الذي

(1) ترجم إلى الفرنسية بعنوان : (Raison perdue, Raison retrouvée) .

عرف طبقات عديدة جداً ، والذي نشر في عدة لغات ، يروى بيرز تجربته كمريض عقلي . فهو قد أمضى بالفعل عدة سنوات في مستشفى للأمراض النفسية وخرج منها بالطبع مروّعاً عما رأى وما تعرّص له .

لقد كان هدف هذه الجمعية تنبيه الرأي العام إلى مشكلة الأمراض النفسية وتحسين مصير التعساء الذين تعرّضوا لها وهو مصير لا يحسد أحد عليه . فقد كان المرضى يزجون في مستشفى للمجانين لها شكل سجون القرون الوسطى وكانوا غالباً يعاملون بقساوة وبالطبع لم يكن لديهم كبير أمل في الشفاء .

وانشرت في الولايات المتحدة ذاتها جمعيات أخرى ، وفيما بعد تكوّنت لجنة قومية لوقاية الصحة النفسية تعرف اليوم باسم الرابطة القومية للصحة النفسية ، وفي الوقت نفسه قامت رابطات مشابهة في بلدان أخرى وكانت فنلندا البلد الثاني الذي أنشأ جمعية قومية سنة 1917 ، ومن ثم كندا في السنة التي تلت . وفي سنة 1920 تأسست في فرنسا عصبة الوقاية النفسية على يد إدوار تولوز .

ويبدو أن بيرز صمّم منذ البداية لفكرة حركة واسعة تشمل العالم بأسره . فقد أنشأ منذ 1919 اللجنة العالمية للوقاية النفسية . وسافر كثيراً ما بين 1920 و1930 وأقام علاقات مع الجمعيات القائمة وشجّع إنشاء جمعيات جديدة . وأخيراً أمكن التوصل إلى عقد المؤتمر الأول للوقاية النفسية سنة 1930 وكان مقرّه واشنطن . وتمثّلت فيه حوالي خمسون دولة وحضره قرابة ثلاثة آلاف مشترك .

واستمرت الحركة في الإتساع وفي سنة 1937 عقد المؤتمر العالمي الثاني في باريس ، وعقد المؤتمر الثالث في لندن سنة 1948 ، وفي هذا المؤتمر الأخير تحوّلت اللجنة العالمية للوقاية النفسية التي لم تكن فعّالة كثيراً إلى هيئة جديدة هي الإتحاد العالمي للصحة النفسية فضمّت معظم الجمعيات القومية التي كان عددها يتزايد بالطبع تزايداً سريعاً .

وتألفت في الوقت ذاته تجمّعات إقليمية ، فتأسست في السنة 1939 للجنة الأوروبية للوقاية النفسية . وتعرّضت هذه اللجنة إلى نكسة الحرب فعاودت نشاطها سنة 1949 ، وقد استبدل اسمها باسم العصبة الأوروبية للوقاية النفسية . وأنشئت في أميركا اللاتينية هيئة مماثلة هي الرابطة اللاتينية - الأميركية للوقاية النفسية . وهناك حالياً تجمع آسيوي هو في طور التكوين .

وعلىنا ألا نعتقد أن شيئاً ما لم يعمل لمساعدة المرضى النفسيين قبل تأسيس أول جمعية للوقاية النفسية التي كانت ستولد هذه الحركة . ففي كل زمان كان هناك أناس مثقفون جاهدوا لكي يُعامل المرضى ككائنات إنسانية . فيكفي أن نفكر ببينال (Pinel) في نهاية القرن الثامن عشر ، ذاك الذي ، بحسب اللوحة الشهيرة ، نزع السلاسل عن مرضى سالباتريار (Salpêtrière) في باريس .

وكان هناك عدد كبير من المنجزات ، بعضها قديم جداً ، بشرت بصيغ المساعدة الحديثة . فهناك غيم جيل (Gheel) العائلي في بلجيكا الذي مضى عليه قرون عديدة . وهناك جمعيات الرعاية في سالباتريار التي تعود إلى سنة 1850 والتي كان لها بحق أعمال خارج المستشفى . وهناك أيضاً في فرنسا جمعيات الإستضافة التي كانت تمارس منذ القرن الماضي إعادة التّكيف . وامتازت بعض مستشفيات الأمراض النفسية مثل يورك رتريت (York Retreat) في القرن التاسع عشر في إنكلترا بجو لا يمكن نعتة إلا بأنه علاجي .

2 - المظاهر القومية

تسعى الجمعيات العديدة التي انتشرت تقريباً في كل أنحاء العالم وراء أهداف متشابهة . فإلى جانب فكرة مساعدة المرضى النفسيين الأولية ، وتحسين ظروف حياتهم ، أضيفت فكرة البحث عن عمل وقائي . وهذه الفكرة هي التي تسيطر اليوم على كل نشاطات الوقاية النفسية .

وليس لكل هذه الجمعيات أهمية متساوية ، فالبعض منها يهتم بشكل خاص بالتقدم الاجتماعي والتربية الصحية ، والبعض الآخر يقوم بخدمات شتى ، وبعضها لا يضم سوى بضعة أشخاص من أصحاب النوايا الطيبة وهم لا يقومون إلا بنشاطات محدودة ، وبعضها لديه موازنات ضخمة ، وكل ذلك يتعلق بمستوى رقي البلاد وظروفها المحلية . وطريقة تمويل هذه الجمعيات ذات أثر مهم . فبعضها يستفيد من مساعدات حكومية بينما يعتمد الآخر كلياً على القطاع الخاص .

فمهما كانت بنية هذه الجمعيات ، فإن معظمها تعمل على طريقة الجماعات الضاغطة . فهي تمثل الرأي العام والإرادة المعممة كلياً على أحداث تغيرات في هيئة المساعدة الطبية النفسية ، وغالباً ما يكون أثر هذه التغيرات كبير جداً . ومن الجائز أن يعزى لها جزء كبير من التقدم الحديث ، وينطبق كلامنا هذا أيضاً على البلدان التي هي في طور النمو منه على البلدان التي تمتلك الآن منظمة تفي بالغاية نوعاً ما .

وينصرف إهتمام عدة هيئات في فرنسا إلى الصحة النفسية وقد ذكرنا سابقاً أقدمها وهي العصبة الفرنسية للوقاية النفسية ، ومركزها باريس ، وهي تهتم خاصة بالإعلام والتربية وتنظم كذلك سنوياً أياماً للصحة النفسية تعالج خلالها مواضيع ذات نفع عام ، وتصدر نشرة فصلية مخصصة لتأمين الصلة بأعضائها ومجلة علمية بعنوان «الوقاية النفسية» .

ونذكر من بين إنجازاتها والمكتب الجامعي للمساعدة النفسية (B.A.P.U) الذي أنشئ بدعم من الرابطة العامة للطلاب . ويشغل هذا المكتب كقيادة للوقاية النفسية ، كما يوفر إمكانيات للمعالجة . ونذكر أيضاً الإتحاد القومي لعائلات المرضى النفسيين والمرضى القدامى وروابطهم (U.N.A.F.A.M) وهذا الأخير يؤدي وظيفة تربية قيّمة بالرغم من كونها غير مباشرة .

وهناك هيئة أخرى تهتم اهتماماً أكبر بالمشاكل الطبية - الاجتماعية للمرضى النفسيين ، هي الإتحاد الفرنسي لجمعيات الكروا - مارين

(Croix - Marine) التي تأسست سنة 1947 . ويضم هذا الاتحاد ، خاصة في المناطق ، جمعيات نشيطة جداً تؤثر تأثيراً بالغاً بفضل منشوراتها ونشاطاتها واجتماعاتها السنوية ، ومركزها مدينة كليرمون - فران (Clermont - Ferrand) . وتجدر الإشارة أيضاً إلى رابطات ، هي بدون أن ترتبط مباشرة بالصحة النفسية ، تساهم فيها بدرجات متفاوتة . وهذه حالة الرابطة الفرنسية لحماية الطفولة والمراهقة ، المعروفة قديماً باسم الاتحاد القومي لرابطات المناطق من أجل حماية الطفولة والمراهقة ، واللجنة القومية الفرنسية لمكافحة الإدمان على الكحول ، والجمعية الفرنسية للطب الجسدي - النفسي ، ورابطة «الإنطلاق المستعاد» (l'Elan Retrouvé) ، ومدرسة الأهل والمربين . وقد ألقت كل هذه الروابط منذ وقت يسير لجنة ارتباط فرنسية في ميدان الصحة النفسية بغية تنسيق نشاطاتها وتأمين الاتصالات بالهيئات العالمية الكبرى .

3 - المظاهر الدولية

إن الاتحاد العالمي للصحة النفسية هو الذي يجسد هذه الحركة على الصعيد الدولي . فبالإضافة إلى رابطاته الأعضاء ، يقبل الاتحاد بعض الجمعيات التي تهتم بالصحة النفسية وتضم أعضاء فرديين من كل أنحاء العالم تقريباً ، بصفة منظمات فرعية . وتعدّد الجمعية العامة مرة في السنة وهي مؤلفة من بعثات وطنية ، وهي التي تنتخب المجلس التنفيذي الذي يتوزع أعضاؤه على القارات الخمس ، ويتنمون إلى مهن مختلفة ، بشكل يعكس التوجه عبر الثقافات والمذاهب المتعددة . أما بالنسبة للإنتاج العلمي والإداري فهو في عهدة مدير عام أو أمين عام يعينه المجلس .

وتظهر نشاطات الاتحاد العالمي للصحة العقلية في مستويات ثلاثة :

نشاطات تنسيقية ، نشاطات تمثيلية ، ونشاطات علمية صرفة .
فالنشاطات التنسيقية تقوم على الإتصال بالأعضاء ، ولهذا الغاية ينظم الاتحاد اجتماعات ومؤتمرات . وتعدّد هذه الاجتماعات كل سنة في بلدان

شقي وتتناول مجموعة كبرى من المواضيع . أما بالنسبة للمؤتمرات فإنها تعقد في فترات متفاوتة وتدوّن إلى جانب المؤتمرات الثلاثة الأول الموضوعات تحت رعاية لجنة يبرز الدولية القديمة . ويصدر الإتحاد أيضاً نشرة ، ويشجع المبادلات بواسطة الزيارات والاستشارات .

وتهدف النشاطات التمثيلية إلى إقامة اتصالات مع الهيئات الدولية الأخرى . ويتمتع الإتحاد بصفة قانونية إستشارية لدى الأمم المتحدة ولدى بعض وكالاتها المختصة ، مثل المنظمة العالمية للصحة ، والأونيسكو ومنظمة العمل الدولية . ولا تسمح هذه الصفة القانونية للإتحاد فقط بعقد علاقات مع هذه الهيئات ، وإنما بالتأثير على البرامج وذلك بعرض وجهة نظر الصحة النفسية . وهذا التأثير هو غالباً غير مباشر ولكنه قائم فعلاً . ومجمل القول أن الإتحاد يلعب على الصعيد الدولي دور الجمعيات الوطنية إزاء حكوماتها . ويساهم أيضاً مع عدد مهم جداً من الهيئات غير الحكومية ذات الأهداف المتقاربة .

وعلى الصعيد العلمي ، ينظّم الإتحاد العالمي للصحة النفسية ندوات ومحاضرات وحلقات دراسية ، وينشر الملخصات والتقارير عنها . واهتمت إحدى اللجان ، طيلة سنوات ، بدراسة الأسس النظرية للوقاية النفسية بطريقة تعطي لعملها أسساً أكثر رسوخاً . وقد أسس الإتحاد حديثاً مركزاً للإعلام والتوثيق في ميدان الصحة النفسية . وأخيراً علينا أن نذكر المبادرة التي قام بها سنة 1960 بتنظيم «السنة العالمية للصحة النفسية» ، فهذا الإنجاز المستوحى من نتائج السنة الجيوفيزيائية أحدث نشاطاً هائلاً على الصعيد الوطني والدولي في معظم بلدان العالم .

ولم تعرف حركة الصحة النفسية الإمتداد الذي تعرفه حالياً لولا التدخل الحاسم الذي قامت به المنظمة العالمية للصحة . ففي سنة 1949 أنشئ قسم للوقاية العقلية أصبح منذ ذلك الحين «وحدة الصحة النفسية» ، وإذا كانت قد تألفت بنية لنظرية في الصحة النفسية ، فذلك مرده إلى الأعمال العديدة التي قامت بها هذه الهيئة . فمنذ تأسيسها

تعاقبت لجان من الخبراء للتركيز على قضايا شتى ، ولتحضير تقارير تنتشر إنتشاراً واسعاً جداً . فحاول أول هذه التقارير تحديد مبادئ العمل في مادة الصحة العقلية ، وطالب ثانيها بإدخال مبادئ الصحة النفسية ضمن خدمات الصحة العامة . وتتناول التقارير الأخرى كل مظاهر الوقاية العقلية من تشريع ، وعمل وقائي ، وعناية بالمرضى ، وإعداد للأطباء النفسيين ، وأطباء الطب العام ، والهيئة الصحية ، وتهيئة المدرسين للعمل الصحي ، الخ . . .

ولم تهمل المشكلات التي لها علاقة أدق بالموضوع . وهذه حالة مشكلات الصحة النفسية المتعلقة بالشيخوخة والتبني والإدمان على الكحول والتأخر العقلي ، من بين قضايا عديدة أخرى . وتؤلف بعض القضايا موضوع دراسات قائمة بذاتها ، كعلم العدوى ، وجنوح الطفولة ، والعناية بالأمومة ، ومراكز توجيه الطفولة . وتعطي هذه اللائحة غير الكاملة فكرة عن القطاعات المدروسة سابقاً . وينتج عنها مجموعة من التوصيات التي تسمح لمختلف الحكومات بتنظيم مساعدتها النفسية الطبية من خلال أحدث المعطيات .

وبالإضافة إلى هذه الدراسات ، ترسل المنظمة العالمية للصحة المستشارين إلى كل أنحاء العالم تقريراً ، وتساعد الدول في ترسيخ الخدمات التي هي بحاجة إليها ، وتقدم مُنحاً دراسية تسمح للعديد من الأطباء النفسيين ، وكذلك للهيئة المساعدة بأن تستكمل إعدادها . ونضيف أن «وحدة الصحة النفسية» ساهمت دوماً مع الإتحاد العالمي للصحة النفسية مساهمة فعّالة . وبالفعل فإن لكل منها وظائف محددة تماماً ناتجة عن انتهائهما إما إلى القطاع الحكومي ، وإما إلى القطاع غير الحكومي ، وكذلك القول عن بنيتها الخاصة .

وقد أنشئت منذ بضع سنوات هيئة دولية ثالثة ، وهي مدعوة لأن تلعب دوراً خطيراً الأهمية . تلك هي الرابطة العالمية للطب النفسي التي تضم بشكل خاص جمعيات مهنية . ولهذه الهيئة أهداف علمية ، وهي

تعنى بالبحث والتعليم أيضاً . ونذكر كذلك اللجنة العالمية لمكافحة الأمراض النفسية ، التي مقرها الولايات المتحدة ، والتي نظمت حتى الآن مراكز للمعالجة في ثلاث أو أربع دول . وأخيراً ، أنشئت منذ فترة وجيزة رابطة دولية للطب النفسي الاجتماعي .

ولكننا لم نتكلم إلا عن المنظمات الدولية التي تختص فقط بالوقاية النفسية ، فهناك العديد غيرها الذي تبدو أهدافه مختلفة ، ولكن له في الواقع نشاطات تقترب من نشاطات تلك الهيئات ، ويسعى العديد من المنظمات لتقديم العون والمساعدة لبعض فئات من الناس ، كالطفولة مثلاً . ومن البديهي أن تنطوي نشاطات هذه المنظمات على ألوان من النشاطات النفسية . ويمكن ربط العديد من أعمال الوكالات المختصة في الأمم المتحدة بقضايا الصحة النفسية . وقد اهتمت الأونيسكو كثيراً بأوقات الفراغ ، والتميز العنصري ، والتعصب ، والتوترات الدولية أيضاً . وتشير كذلك إلى أهمية قطاع الدفاع الاجتماعي في منظمة الأمم المتحدة من أجل الوقاية النفسية في ميدان الجنوح .

4 - المستقبل

ترجع حركة الصحة النفسية ، بالمعنى الحصري لهذا التعبير ، إلى العديد من الجمعيات التي تدين بشكل أو بآخر إلى برز . وهي في الواقع تخطى هذا النطاق . فلقد رأينا أن هناك منظمات قومية وعالمية تسعى وراء أهداف مشابهة وقد ساهمت في الإزدهار الحاصل في السنوات الأخيرة . وتساهم إنجازات هذه الحركة في حقل المساعدة الطبية النفسية وكذلك في سائر النشاطات التي تصدر عنها . ويقود هذا التمييز بينها كل خطوة مستقبلية .

وقد أنجزت حركة الصحة النفسية ، بشكلها القانوني ، الكثير مما تتهددت به . وهكذا تغيرت جذرياً أوضاع المرضى العقليين في معظم البلدان . وأعيد النظر بالبنيات الطبية النفسية ، ودخلت المعالجات

الحديثة جداً في كل مكان . ومع هذا ، يبقى الكثير الذي علينا عمله . فالازدهار ليس شاملاً ولا يزال هناك مناطق يلفها الجهل حتى في البلدان الأكثر تقدماً . وغالباً ما تكون التشريعات بعيدة عن أن تنطبق على المفاهيم الحالية . وبالرغم من كل ذلك فالنتائج ايجابية ، فمن هذه الوجهة هناك نجاح لا يمكن انكاره .

وربما هناك نجاح ، نوعاً ما غير أكيد ، فيما يخص العمل الوقائي في مستواه الأولي . وربما عرض هذا العمل بطريقة متفائلة وغامضة جداً . فقد اعتقد البعض أنه يكفي أن نغير الأوضاع الاجتماعية لكي نخفف من وقوع الأمراض النفسية . فقد أطريت أحياناً ، بدون أساس كافٍ ، بعض الإجراءات العامة ، وحول بعض الكتاب ، حتى المشاكل المعقدة ، مثل مشكلة العلاقات الدولية ، أو وجود الحروب ، إلى مجرد قضايا وقاية عقلية . وقد أسهمت بعض المبالغات في الخط من قيمة الحركة في بعض الأوساط العلمية .

وحركة الصحة النفسية هي على منعطף تاريخي ، فقد حققت جزءاً من أهدافها ، وظهرت من ثم منظمات أخرى لكي تتابع عملها . فبفضلها أدرك القطاع الحكومي مسؤولياته ، واستدرج إلى استعادة بعض نشاطاته . وقد حان وقت تقييم النتائج لمتابعة السير نحو الأمام ، فبمقدار ما نجحت ، بمقدار ما كانت الحاجة إلى برنامج متجدد .

ولنبحث الآن في مجموعة نشاطات الصحة النفسية ، فإن مستقبلها يتأثر من جهة ، بتطور الطب النفسي والعلوم الإنسانية ، ومن جهة أخرى بتطور المجتمع بالذات . ومنجزات اليوم ، حتى تلك التي تبدو الأكثر ملاءمة ، ليس بالضرورة تلك التي نسيحكم عليها أنها صالحة في المستقبل . فقد يبدل أحد الاكتشافات تبديلاً جذرياً مظهر الخدمات الحديثة جداً . فقد مضى زمن كان يبدو فيه مستحيلاً ترك الحرية مثلاً لمرضى مصاب بالعصاب ، في وقت لم يكن أحد يتخيل أن هيثا يمكن أن تتأصل في المجموعة ، ولكننا أصبحنا نتساءل ما إذا كانت مستشفيات

الطب النفسي لا تزال ضرورية ! فبعض هذه الملاحظات يجب أن يبحث على الإحتراس ، فلا شيء راسخ حقاً في عالم يتغير بسرعة .

ومع هذا ، فهناك مجال للإعتقاد أن التيارات التي تظهر في عصرنا داخل المساعدة الطبية النفسية ، تتبلور يوماً بعد يوم . وستكلم عن اثنين منها : تكامل نشاطات الصحة النفسية في خدمات الصحة العامة ، والتنظيم الفتوي . فعلى أية حال ، شرع في بعض البلدان ، منذ 1950 ، بتحقيق التكامل المنشود على يد المنظمة العالمية للصحة . وليس من شك أن يكون في هذا التحقيق صيغة المستقبل ، فهذه الصيغة تدل عملياً على الغاء مبدأ عزل المرضى النفسيين ، والإعتراف بوحدة الشخصية الأساسية . وتسمح هذه الصيغة بتوفير أية حاجات صحية بطريقة إنسانية واقتصادية .

ويفرض تقديم الخدمات المتكاملة اجمالاً إعادة النظر بالتشريعات ، وقد عالج التقرير الرابع للجنة خبراء المنظمة العالمية للصحة (1955) هذه القضية . وأجرى الإتحاد العالمي للصحة النفسية بعد ذلك دراسة عن هذا الموضوع في تسع من البلدان الأوروبية . وفي سنة 1959 ، أعادت انكلترا صياغة تشريعها كلياً مدخلة عليه المبادئ الحديثة جداً . وربما في ذلك ، أفضل الأمثلة من هذا النوع . وشكلت في فرنسا لجنة لهذا الغرض ، ويجري الآن بحث تعديلات تشريعية هامة . ويمكننا أن نتساءل ما إذا كانت كل هذه الجهود ، بالرغم من أهميتها ، لا تزال متخلفة . فنحن إذا خضنا بالفعل في مبدأ التكامل حتى النهاية ، فسنصل من ذلك إلى مواجهة قيام قانون تشريعي صحي موحد يتضمن أحكاماً خاصة تبعاً لأنواع المرضى ، من أية فئة كانوا .

أما بالنسبة للميل إلى هذا التنظيم الفتوي ، فإنه يبدو واضحاً تماماً كي يؤخذ به . ويتعلق انتشاره بالمؤسسات القائمة ، وهو خاضع للوان معينة من التنظيم الاجتماعي ، ومع العلم بهذه القيود ، لا يبدو أن هناك صيغ أفضل لتأمين الوقاية في كل المجالات . ويفرض هذا الميل تنسيقاً وظيفياً

للبنيات الطبية والاجتماعية . ونرى في آخر تحليل أن الميل إلى التنظيم الفتوي مبني على مفهوم للصحة جديد نسبياً ، فالصحة لا تعني الخلو من المرض ، ولكنها تشكل قيمة في حد ذاتها ، . فالقضية ليست فقط تنظيم التصدي للمرض وإنما حماية الحالة الصحية ونماها إذا أمكن . وهذا فارق جوهري .

وستكون دراستنا ناقصة إذا نحن لم نخوض غمار البحث العلمي . فهو الذي يبرر العمل ويجعله ممكناً في الحاضر والمستقبل . ونحن قد شكونا في العديد من المناسبات من تقصير الجهود العلمية في ميدان الصحة النفسية ، وأشرنا إلى التعقيد البالغ للموضوع من الوجهتين النظرية والتقنية . ونضيف أنه ليس من السهل تمويل الأبحاث في هذا المجال بالقدر المطلوب ، فالمقاومة عظيمة ، والمجتمع ليس مستعداً كثيراً ، كما يبدو ، للقيام باستشارات لا مفر منها . وذورة ما يصبى إليه إنشاء مركز دولي لأبحاث الصحة العقلية يقوم بتنسيق ما يبحث في كل أنحاء العالم ، وإكمال المعلومات الأساسية وطرائق التطبيق كذلك . ولا تبدو الهيئات الحالية قادرة على القيام حقاً بهذه الوظيفة ، كما يجب ، بالرغم من أن عدداً كبيراً منها يقوم بنشاطات في ميدان الأبحاث .

وليس باليسير وضع لائحة بالمواضيع التي تفسح المجال لإستشارات أشمل ، وبالطبع فإن كل المظاهر تقريباً التي أشرنا في هذه الصفحات تتطلب توضيحاً وتتمياً . فعلى سبيل التعمين ، نذكر بعضاً من الميادين الرئيسية التي يتفق عليها خبراء الصحة النفسية ليوهجوا جهودهم إليها كعلم الأوبئة ، وعلم بيئة الأمراض النفسية ، وعلم أسبابها أيضاً ، وكذلك تسمياتها ، وتكوين وعمل الدفاع ، والمعالجات ، وتنظيم العمل الوقائي والمساعدة الطبية النفسية ، وتقنيات تقدم الصحة النفسية وتقييم البرامج ، وآثار التنظيم الاجتماعي على تكوين الشخصية وأنواع التصرفات ، والتأقلم الثقافي ، ودراسة أمراض مزمنة معينة كالتأخر

العقلي ، الخ ومن البديهي أن أبحاثاً كهذه تتطلب وسائل هائلة ، ويجب أن تدعمها هيئات ملائمة مختصة . ولا يمكن لهذه الهيئات إلا أن تكون متعددة الإختصاصات والثقافات ، مما يصعبها بصيغة دولية .

الخاتمة

ها قد وصلنا إلى نهاية بحثنا . فقد حاولنا بادئ ذي بدء أن ندرك معنى مفهوم الصحة النفسية بالذات ، بكل ملاسياته . وأقلعنا عن تحديده بشكل مختصر ومصطنع ، فاستخرجنا عدداً من المعايير التي بدت لنا قيمة ، وأوضحنا تأثير عوامل المحيط ، وتساءلنا انطلاقاً من هذه المعطيات عن الطرائق في ميدان الصحة النفسية ، ورأينا أنها تنبثق عن تطور الأفكار والمعالجات وتنظيم المساعدة الطبية النفسية . وهذا ساعدنا في أن نتعرف إلى امكانيات وحدود الوقاية بشقي مظاهرها .

فإذا نستنتج ؟ ليس من السهل ، وأغلب الظن نادراً ما هو مرغوب ، أن نختصر ببضع صيغ النقاط الأساسية التي عالجناها ، فقد اقتضت هذه النقاط على ما هو جوهري ، وسنكتفي إذن بملاحظة قصيرة ذات طابع عام جداً ، وهذه الملاحظة مبنية على أساس مبدئي هو أن الصحة النفسية ، تخضع لأنظمة من القيم .

وإذا أردنا ذلك أم لا ، فإن المفاهيم التي تحدثنا عنها تعد إلى عالم خاص هو العالم الغربي ، وربما أيضاً إلى بنيات متطورة نسبياً داخل الجماعة . وبحسنا وراء ذلك عن الفروقات الثقافية ، وهذا يبدو خاصاً بكل الكائنات البشرية . وبالرغم من جهودنا ، فقد بقي هناك ، دون شك ، حد غامض لا يزل ، فعلينا أن نحترس إذن من التعميمات السريعة ، ويجب أن نتجنب اعتبار الصحة النفسية كقيمة مطلقة وهذا ما يؤدي إلى أن نغدق عليها معنى قد لا يكون لها ، فتكوين الشخصية يدل على صيغة موحدة ، وكذلك القول عن حماية وتقديم الصحة النفسية . فهذه الروح يجب أن يُعرض العمل الوقائي .

الفهرس

الموضوع	الصفحة
مدخل	5
الباب الأول :	
مفهوم الصحة النفسية	
الفصل الأول : في البحث عن تحديد مفهوم الصحة النفسية	9
الفصل الثاني : تكون الشخصية	19
الفصل الثالث : ظروف الصحة النفسية	29
الفصل الرابع : معايير الصحة النفسية	43
الباب الثاني :	
الطرائق والتقنيات	
الفصل الخامس : تطور الأفكار	61
الفصل السادس : المساعدة الطبية النفسية	73
الفصل السابع : الوقاية الأولية	87
الفصل الثامن : حركة الصحة النفسية	99
الخاتمة	111

هذا الكتاب

ما من بلد في العالم إلا ويعدّ متأخراً في مجال معالجة المرض النفسي ، فعدد المصابين به في ازدياد ، ومن الوهم الاعتقاد بأن بناء المستشفيات ، وإعداد الاختصاصيين هو الحل الناجع لهذه المعضلة العالمية .

إن العوامل التي تزيد من استثناء هذا المرض عديدة ، منها تزايد السكان وكثافتهم في المدن ، وتردّي الأحوال المعيشية والبلبلّة التي تتعرّض لها القيم والمعتقدات . ولما كانت حركة التصنيع في تزايد ، فقد حملت معها أيضاً بعضاً من الأمراض النفسية ، ولذا برزت الحاجة إلى إجراءات وقائية ناجعة .

في هذا الجو المئزر بالمرض ، المشحون بالحروب يأتي صدور كتاب « الصحة النفسية » كإسهام بارز في الإضاءة على هذا الموضوع . ولعلّ عناوين فصوله كافية لجذب انتباه القراء إلى متابعة المضمون .

في باب نظري عالج المؤلف الحالة النفسية لدى المرضى والأسوياء ، والتكيّف الناجح مع الحياة

وفي باب تطبيقي تحدّث عن تطور الأفكار في النظر إلى المرضى النفسيين ، وكيفية معاملتهم ، ووسائل العلاج والحيطة ، ثم أفادنا عن المساعدة الطبية النفسية في المستشفيات وخارجها والخدمات الخاصة في هذا المجال ، والرباط الوظيفي وبرامج العمل ، كما تناول الحيطة العائلية وإجراءاتها وختم بلمحة تاريخية عن العناية بالمرضى النفسيين ومصادر هذه العناية على الصعيدين القومي والعالمي .

إذا كان المجتمع العربي عامّةً ، واللبثاني خاصّةً ، بحاجة ماسّة لكتاب من هذا النوع في ظروف هذا العصر العادية ، فهو بحاجة أمّصر في ظروف الاضطرابات العالمية والاقليمية .